

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

**Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo
de Cuidar em Saúde**

Maria de Jesus Viana do Nascimento

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE ADESÃO
TERAPÊUTICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO (REVISADO)**

São Paulo

2017

Maria de Jesus Viana do Nascimento

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE
ADESÃO TERAPÊUTICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO
(REVISADO)**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde, do Centro Universitário São Camilo, orientada pela Profa. Dra. Grazia Maria Guerra, e co-orientada pela Profa. Dra. Cilene Aparecida Costardi Ide, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

São Paulo

2017

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Nascimento, Maria de Jesus Viana do

Avaliação multidimensional do potencial de adesão terapêutica:
validação de instrumento / Maria de Jesus Viana do Nascimento. –
São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2017.
174 p.

Orientação de Grazia Maria Guerra

Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem no
Processo de Cuidar em Saúde, Centro Universitário São Camilo, 2017.

1. Cooperação do paciente 2. Doença crônica 3. Educação em saúde
4. Estudos de validação I. Guerra, Grazia Maria II. Centro Universitário
São Camilo III. Título

CDD: 610.7

Maria de Jesus Viana do Nascimento

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE
ADESÃO TERAPEUTICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO**

São Paulo, 19 de Setembro de 2017

Grazia Maria Guerra

Cilene Aparecida Costardi Ide

Rita Simone Lopes

Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas

“Tudo posso naquele que me fortalece”!

Filipenses 4:13

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, que diariamente iluminou meu caminho e guiou meus passos, dando-me força e sabedoria para atingir meus objetivos.

Anita e José, queridos pais... dedico este trabalho a vocês. O que sou e onde estou é reflexo da dedicação, esforços, educação e amor, proporcionados por vocês, muitas vezes renunciando os próprios sonhos, para realizar os meus. Isso só me fortaleceu e me fez tentar não ser a melhor, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada por tudo! Amo vocês!

Belchior, agradeço principalmente por seu amor, compreensão e paciência nos momentos de estresse. Obrigada por estar comigo nesta jornada. Te amo!

Agradeço a toda minha família, em especial Ana, Anderson, Jailson e Carla, pelo carinho e pensamentos positivos. Obrigada por se alegrarem com a minha conquista.

Aos meus sobrinhos amados, Davi, Enzo, Daniel, Gabriel e a menorzinha Camila, agradeço por compreenderem que o momento era de estudar.

Às Professoras Grazia e Cilene, é claro que acreditaram no meu potencial de uma forma que eu não acreditava ser capaz de corresponder. Sempre disponíveis e dispostas a ajudar, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado para absorver e aumentar meu conhecimento na Enfermagem. Fizeram-me enxergar que existe mais que pesquisadores e resultados por trás de uma dissertação, mas vidas humanas.... Vocês não foram somente orientadora e co-orientadora, mas em alguns momentos conselheiras, e guias para essa longa jornada até aqui. Obrigada por estarem ao meu lado e acreditarem em mim!

À Dra. Miriam Harumi Tsunemi, mesmo não a conhecendo pessoalmente foi imensamente importante na construção deste estudo. Obrigada pela disponibilidade e impecável análise estatística da dissertação.

Ao meu querido amigo do mestrado Jefferson, obrigada por me emprestar seus ombros para desabafar as angústias e desesperos que o mestrado causaram, rrsrs,

por me ajudar nos momentos mais difíceis na construção dessa dissertação, pelas cervejinhas e risadas pós trabalhos, qualificações, e tantos outros momentos. Obrigada por ser meu amigo nessa fase da minha vida e para sempre...

Aos meus amigos Vinícius e Ilna, aposto que acharam que não seriam citados, rrsrs, obrigada imensamente por todas as trocas de folgas, as vezes de última hora e pelo apoio que sempre me deram nessa jornada. Sem a ajuda de vocês não teria conseguido chegar aqui. Sem palavras...

Obrigada a todos que de uma forma direta ou indireta me ajudaram na construção dessa dissertação e conseqüente realização de mais um sonho.

NASCIMENTO, M.J.V. **Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento**. 2017. 115p. Dissertação (Mestrado Profissional de Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

O instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão é uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de atividades educativo assistenciais, necessárias à potencialização da adesão terapêutica, que sob uma perspectiva multidimensional e compartilhada, reúne informações, disponibilizando ao profissional capacitado, indicadores passíveis de qualificar e quantificar a condição e a evolução do paciente em atendimento. Este estudo teve como objetivo validar o conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do potencial de adesão do adulto ao tratamento. Trata-se de um estudo descritivo e de desenvolvimento metodológico, com abordagem quantitativa, norteado pela questão: *os conteúdos e critérios que compõem o instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão, proposto por Ide (2012), atenderão aos requisitos de clareza e pertinência necessários à validação de conteúdo?* Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo e consentimento dos especialistas selecionados para o estudo, iniciou-se a coleta de dados, realizada no período de março a maio de 2017, tendo por base a utilização da técnica Delphi. Participaram do estudo 11 especialistas, selecionados por meio da Plataforma Lattes, considerando como critérios de inclusão: ser enfermeiro, ter titulação mínima de doutor, ser considerado pelos pares profissional de referência nesse âmbito de atuação/investigação, estar vinculado a instituições de ensino, pesquisa, assistência ou a órgãos de classe da Enfermagem, ter produção científica que privilegie questões relativas à temática e disponibilidade para participar das diferentes etapas da validação. Como critério de exclusão foram eliminados os especialistas que não apresentavam experiência profissional e de docência com doenças crônicas e adesão terapêutica. Considerou-se a concordância de, pelo menos, 70% entre os especialistas para a validação do estudo, observando a clareza e a pertinência dos enunciados. Os comentários e sugestões encaminhados pelos especialistas foram analisados e sintetizados na recomposição dos componentes. Para a validação de conteúdo do instrumento foram utilizadas estatísticas de concordância (correlação intraclasse), aceitando-se o valor $> 0,60$ (nível bom), e medida de consistência interna, o alfa de Cronbach $> 0,70$ (aceitável). Com relação a clareza e pertinência, entre os especialistas na análise das 44 questões, a maioria dos itens foram avaliados positivamente, obtendo índice de correlação intraclasse e alfa de Cronbach ($>0,60$ e $>0,80$, respectivamente) aceitos para a validade de conteúdo, e apenas 04 questões necessitaram de alterações na estrutura e redação. Conclui-se que o instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica demonstrou validade de conteúdo na opinião de especialistas, demonstrando possuir características teóricas que representam as dimensões propostas.

Palavras-chave: Cooperação do paciente. Doença crônica. Educação em saúde. Enfermagem. Estudos de validação.

NASCIMENTO, M.J.V. **Multidimensional Evaluation of Therapy Adherence Potential: Instrument Validation.** 2017. 115p. Dissertação (Mestrado Profissional de Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

Multidimensional evaluation of adherence potential is a strategic tool for developing educational assistance activities which are necessary to potentialize therapy adherence. Adopting a shared and multidimensional perspective, the program gathers information to make indicators capable of qualifying and quantifying the condition and the development of the patient being assisted available to the competent health professional. This study aimed at validating the content of the tool for multidimensional evaluation of the adult patient's potential to adhere to the treatment. It is a descriptive study of methodology development with a quantitative approach and it addresses the following issue: *Will the contents and criteria comprising the Multidimensional Evaluation of the Adherence Potential tool proposed by Ide (2012) meet the requirements for clarity and pertinence needed for content validation?* After approval by the Research Ethics Committee, Centro Universitário São Camilo, and consent of the study specialists, data collection was carried out between March and May, 2017, using the Delphi technique. Eleven specialists participated in the study and they were selected through the Lattes Platform by adopting the following inclusion criteria: they had to be nurses, to have at least a PhD degree, to be highly ranked for their expertise by their peers, to be with educational, research, and assistance institutions or with other related nursing institutes, to be authors of scientific production addressing the issue at hand, and to be available for participation in the different validation stages. The exclusion criteria encompassed inexperienced health professionals and those without any experience in teaching chronic diseases. For validation of the study, at least 70% of the specialists had to reach an agreement concerning the clarity and pertinence of the enunciations. The comments and suggestions forwarded by the specialists were analyzed and synthesized to reconstruct components. Concordance statistics (intraclass correlation) with value > 0.60 (good level) and an internal consistency measurement, the Cronbach alpha > 0.70 (acceptable level) were used to validate tool content. There was little disagreement among the specialists respecting the clarity and pertinence of the 40 items. Most of these were positively evaluated: the intraclass correlation and the Cronbach alpha indices were > 0.60 and > 0.80 , respectively. Only 4 items underwent changes in structure and writing. In conclusion, the tool for multidimensional evaluation of therapy adherence potential has shown to have valid content according to the specialists and to have theoretical features representative of the proposed dimension.

Keywords: Chronic Disease. Health education. Nursing. Patient's cooperation. Validation studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos 11 especialistas segundo as variáveis demográficas, São Paulo, 2017.....	53
Tabela 2 – Distribuição dos especialistas segundo as variáveis sócio educacionais. São Paulo, 2017.....	54
Tabela 3 – Médias das respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência dos itens Identificação e Auto Caracterização. São Paulo, 2017.	56
Tabela 4 – Médias das respostas dos especialistas, com relação a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional. São Paulo, 2017.....	58
Tabela 5 - Médias das respostas dos especialistas, com relação a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional. São Paulo, 2017.....	60
Tabela 6 – Médias das respostas dos especialistas referente a clareza e a pertinência da Síntese da Pontuação e do Potencial de Adesão. São Paulo,2017.	61
Tabela 7 – Análise da Correlação Intraclasse e do Alfa de Cronbach referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, dos Componentes da avaliação Multidimensional e do Potencial de Adesão. São Paulo, 2017.....	63
Tabela 8 – Correlação das respostas dos especialistas, referente a Auto Caracterização, com o tempo de formação (06 especialistas com menos de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.....	65
Tabela 9 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e do Potencial de Adesão, com o tempo de formação (06 especialistas com menos de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.	66
Tabela 10 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e do Potencial de Adesão, com o tempo de formação (06 especialistas com menos de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.	68
Tabela 11 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, com o tempo de formação (05 especialistas com mais de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.	69

Tabela 12 – Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo de formação (05 especialistas com mais de 27 anos de formado). São Paulo, 2017. ...	71
Tabela 13 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo de formação (05 especialistas com mais de 27 anos de formado). São Paulo, 2017. ...	73
Tabela 14 – Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, e o tempo no mesmo local de atuação (05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.	75
Tabela 15 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.	76
Tabela 16 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.	78
Tabela 17 – Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, com o tempo no mesmo local de atuação (06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.	80
Tabela 18 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.	81
Tabela 19 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.	83
Tabela 20 – Distribuição das sugestões apontadas pelos especialistas, após apreciação dos itens da Identificação e Auto Caracterização. São Paulo, 2017.	85

Tabela 21 - Distribuição das sugestões apontadas pelos especialistas, após apreciação dos Componentes da Avaliação Multidimensional. São Paulo, 2017.86

Tabela 22 - Distribuição das sugestões apontadas pelos especialistas, após avaliação da Síntese da Pontuação e do Potencial de Adesão. São Paulo, 2017.87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de interpretação dos valores da Correlação Intraclasse. São Paulo, 2017.	50
Quadro 2 – Níveis de concordância dos valores de Alfa de Cronbach. São Paulo, 2017.	50
Quadro 3 - Sugestões dos especialistas com relação à Identificação (dados pessoais e recursos socioeconômicos), São Paulo, 2017.....	161
Quadro 4 - Sugestões dos especialistas referente à auto caracterização, São Paulo, 2017.	162
Quadro 5 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente mental, São Paulo, 2017.	164
Quadro 6 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente comportamental, São Paulo, 2017.....	165
Quadro 7 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente físico, São Paulo, 2017.....	166
Quadro 8 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente relacional, São Paulo, 2017.....	167
Quadro 9 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente auto regulatório, São Paulo, 2017.	168

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Fluxo de seleção dos Enfermeiros para compor o painel de especialistas. São Paulo, 2017.....42
- Figura 2** – Fluxo do envio de e-mails aos especialistas. São Paulo, 2017.46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVO.....	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1 ABORDAGEM ASSISTENCIAL	31
3.2 PERSPECTIVA CONSTRUTIVISTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	34
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2 A TÉCNICA DELPHI.....	38
4.3 COMPOSIÇÃO DO PAINEL DE ESPECIALISTAS	39
4.3.1 Critérios de Inclusão	39
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	40
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.5 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS.....	43
4.5.1 Operacionalização da coleta de dados.....	43
4.5.2 Desenvolvimento da técnica Delphi.....	44
4.6 DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO	47
4.6.1 Primeira Consulta	47
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	49
5 RESULTADOS	51
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOEDUCACIONAL E DEMOGRÁFICAS DOS ESPECIALISTAS.....	52
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS ESPECIALISTAS COM RELAÇÃO A IDENTIFICAÇÃO, AUTO CARACTERIZAÇÃO E DOS COMPONENTES DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL, SÍNTESE DA PONTUAÇÃO E POTENCIAL DE ADESÃO	55
5.2.1 Análise descritiva do julgamento dos 11 especialistas com relação aos itens Identificação e Auto Caracterização	55
5.2.2 Análise descritiva do julgamento dos 11 especialistas com relação aos Componentes da Avaliação Multidimensional	57
5.2.3 Análise descritiva do julgamento dos 11 especialistas com relação a Síntese da Pontuação e o Potencial de Adesão	61

5.2.4	Análise da Correlação Intraclasse e do Alfa de Cronbach.....	62
5.2.5	Correlação das variáveis Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com relação a clareza e a pertinência, com o tempo de formado	64
5.2.6	Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo lugar de atuação	74
5.3	CATEGORIZAÇÃO DAS SUGESTÕES E COMENTÁRIOS DOS ESPECIALISTAS	84
6	DISCUSSÃO	89
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS.....	89
6.2	VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE ADESÃO TERAPÊUTICA.....	90
6.2.1	Análise descritiva do julgamento dos especialistas com relação aos itens Identificação, Auto Caracterização, 05 Componentes da Avaliação Multidimensional, Síntese da Pontuação e Potencial de Adesão.....	91
6.2.2	Distribuição da Correlação Intraclasse entre as questões de auto caracterização, os Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão	92
6.2.3	Distribuição do Alfa de Cronbach entre as questões de auto caracterização, os Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão	94
6.2.4	Análise dos itens da Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão com relação ao tempo de formação dos especialistas	95
6.2.5	Análise dos itens da Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão com relação ao tempo de atuação no mesmo local de trabalho	96
6.3	CATEGORIZAÇÃO DAS SUGESTÕES E COMENTÁRIOS DOS ESPECIALISTAS PARA MELHORIA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE ADESÃO TERAPÊUTICA	97
7	CONCLUSÃO.....	100
7.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	100

REFERENCIAS	103
APENDICE A.....	110
APENDICE B.....	154
APENDICE C.....	156
APENDICE D.....	159
APÊNDICE E.....	161
APÊNDICE F.....	161
ANEXO A	170

Introdução

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Consideradas atualmente como um sério problema de saúde pública, estima-se que mais de 36 milhões de indivíduos morrem anualmente por conta de DCNT, o que corresponde a 63% das mortes no mundo (OMS, 2014).

No Brasil, as DCNT foram, em 2012, a causa de aproximadamente 74% das mortes (OMS, 2014). Apresenta-se, portanto, como um novo desafio para os gestores de saúde, principalmente pela maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

As quatro DCNT de maior impacto são: doenças cardiovasculares (DCV), Diabetes Mellitus (DM), neoplasias e doenças respiratórias crônicas (DUNCAN et al, 2012). Em estudo realizado por Alves & Neto (2015), o qual analisou a tendência da mortalidade prematura por DCNT no Brasil, no período de 2000 a 2011, demonstrou que as neoplasias foram a causa 1.186.121 óbitos; o DM apresentou-se como causa em 236.311 óbitos; para as Doenças do Aparelho Circulatório, foram observados 1.787.322 óbitos; e as doenças respiratórias crônicas foram causa de 453.472 óbitos.

Outro impacto das DCNT sobre a condição de vida-saúde-doença, relaciona-se à sua associação com quadros de incapacidade funcional (PEREIRA et al, 2012). Para Souza et al (2014), as DCNT afetam a funcionalidade e o desempenho das atividades da vida diária, devido a um problema físico ou de saúde, com impactos sobre a habilidade para exercer papéis e atividades na sociedade.

Aproximadamente 50% dos entrevistados, por Pereira, et al (2012), entre 50 a 65 anos de idade, informaram ter incapacidade funcional, ter até 03 anos de estudo, ser inativo economicamente, referiu como ruim seu estado de saúde, esteve internado nos últimos 12 meses e ter alguma doença crônica.

O mesmo demonstrou Alexandre et al (2014), o qual foram determinantes da incidência de incapacidade os fatores: idade (\geq 80 anos), sexo (maior entre as mulheres), tabagismo (em sua maioria eram ex-fumantes), a presença de comorbidades crônicas (hipertensão arterial (HA) e outras DCV, além de osteoartrite

e depressão. Entre os homens, os autores identificaram a incapacidade funcional naqueles com menor escolaridade, os que consumiam mais álcool e apresentavam DM.

As DCNT estão diretamente relacionadas a incapacidade funcional (ANDRADE, et al, 2015). Siqueira, Siqueira-Filho, Land (2017) evidenciaram que foram gastos no ano de 2010 R\$ 318.131.078,08 por afastamentos temporários ou permanentes por DCV no Brasil. 40% das aposentadorias precoces decorrem de Acidente Vascular Encefálico (AVC), ou infarto; o DM está associado a complicações vasculares e neuropáticas; pacientes com artrite ou reumatismo, apresentam comprometimento das articulações; e destaca-se ainda, as doenças respiratórias crônicas, que ganham importância nos homens na faixa etária mais avançada; todas essas complicações resultam na incapacidade funcional (CAMPOLINA et al, 2013; DEZEN & GUERRA, 2014; OLIVEIRA, MAZÓCOLI, MIYAZTO, 2014).

As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (OMS, 2011).

O fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. A inatividade física aumenta em 20% a 30% o risco de mortalidade entre os indivíduos sedentários, quando comparado com aqueles que praticam pelo menos 30 minutos de atividade física moderada, e responsável em 30% pelas doenças cardíacas isquêmicas. Com relação aos padrões de alimentação adotados nas últimas décadas, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de HA e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha e rica em ácidos graxos trans estão relacionadas as DCV e ao DM. Por outro lado, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares, de câncer gástrico e colorretal. E referente ao álcool, estima-se que, entre os óbitos causados por seu consumo excessivo, mais de 50% sejam devidos as DCNT, incluindo diversos tipos de câncer e cirrose hepática (OMS, 2011).

Observa-se, portanto, que a mudança no estilo de vida, com a adoção de hábitos saudáveis, associada à terapia medicamentosa instituída, pode diminuir a morbidade de DCNT. No entanto, para muitos, essa tarefa pode ser muito difícil.

Dessa forma, por envolver interações complexas entre diferentes dimensões que agregam dificuldades socioeconômicas, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, as características do paciente, da doença e a sua cronicidade; a adesão vem sendo amplamente discutida e enfrentada, visando o melhor ajuste terapêutico às condições de vida/saúde-doença do paciente (GIROTTTO et al 2013).

A Organização Mundial de Saúde (2003) define adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, e mudanças no estilo de vida correspondem e concordam com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.

Para o Ministério da Saúde, adesão é um processo dinâmico e multifatorial, cujo manejo pressupõe uma relação terapêutica compartilhada, pautada em negociação, com responsabilidades específicas, visando a autonomia do doente para o autocuidado (BRASIL, 2007).

Essa postura facilitaria a aceitação e a integração das condutas terapêuticas ao cotidiano das pessoas, reconhecendo e ampliando investimentos na sua capacitação para a autorregulação possível de seus comportamentos em saúde, considerando suas necessidades, expectativas e possibilidades físicas e materiais de participação (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, facilitar o acesso às informações veiculadas em multimídias; valorizar a escuta ativa apta a acolher o discurso do paciente sem expressar juízos de valor; promover o vínculo enquanto postura afetiva; valorizar e ampliar o suporte social seriam iniciativas, dentre outras, a facilitar a adesão (DALLA; MARTINS, 2009).

Mesmo dispondo de pesquisas avançadas, de grandes investimentos da indústria farmacêutica e de uma tecnologia diagnóstica, terapêutica e de monitoramento complexas, as dificuldades no manejo de crônicos persistem (PROJETO DIRETRIZES, 2009).

A prevalência da não adesão revela um quadro alarmante. No Brasil, trabalhos indicam prevalência entre 32,3% a 70,2%, com variações conforme a população de

estudo e métodos de quantificação (FROLICH; VIGO; MENGUE, 2011), e cerca de 60% dos gastos com saúde destina-se ao tratamento de doenças crônicas que são passíveis de prevenção (DEZEN; GUERRA, 2014).

Nesse sentido, investir em práticas reflexivas, tendo por base um modelo dialógico, reconhecendo o educando como sujeito da sua própria história e decisões, apto, portanto, a autorregular expressões de vida/saúde-doença, seria um grande desafio para os profissionais de saúde. Porém, estes ainda necessitam de conhecimento e competências para uma ação inclusiva e compartilhada (SPOLAORE, 2015).

Trata-se, portanto de buscar estratégias de superação dos vários e complexos fatores que dificultam a adesão, e que incluem: a complexidade do regime terapêutico (número, forma de armazenamento, dificuldade para ingestão e horário das doses); a precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental; baixa escolaridade; habilidades cognitivas insuficientes; baixa percepção da doença; efeitos colaterais dos tratamentos; presença de transtornos mentais (depressão, ansiedade); relações insatisfatórias com os profissionais; crenças negativas e informações inadequadas; dificuldade de organização para adequar exigências dos tratamentos às rotinas diárias; descompensações clínicas; dentre outros obstáculos (BRASIL, 2007).

No dimensionamento desta problemática cabe destacar que, na atenção primária de uma pequena cidade do estado do Rio Grande do Sul, a taxa de não adesão foi de 34,3% (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013). Em Teresina (PI) a não adesão foi de 26,8% (CARVALHO, et al, 2012) e em Maringá (PR) de 64% (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012). Ainda no Paraná, Remondi, Cabrera, Souza (2014), em estudo para avaliar os fatores associados à não adesão à terapia medicamentosa contínua em indivíduos de 40 anos e mais de idade, observaram que 45,9% dos entrevistados declararam descuidar-se do horário em que tomam os medicamentos e 32,3% relataram ter dificuldades em lembrar de tomá-los. A atitude de interromper o tratamento ao sentir-se melhor foi apontada por 19,7% e a de interromper o uso do medicamento ao sentir-se pior ao tomá-lo, por 25,3%.

A não adesão ao tratamento pode levar ao risco de reinternações, maiores custos com serviços de saúde e maior mortalidade (SIMPSON et al, 2014). O que vem

a reforçar a necessidade de investimentos e estudos para melhorar a adesão dos portadores de DCNT.

A reinternação hospitalar é um indicador de qualidade, pois avalia o desempenho de entidades prestadoras de cuidados de saúde hospitalares e pode refletir o atendimento não efetivo do paciente ou a ocorrência de complicações referentes à internação inicial (HESS et al, 2013). E além do desconforto ao paciente, acarreta maiores gastos ao sistema de saúde.

Nos estados Unidos, em 2008, 19,9% das reinternações foram por IAM (HESS et al, 2013), e em 2009 custou ao sistema de saúde cerca de \$17,4 bilhões em gastos anuais (SUNIL, 2014). O que demonstra o quanto os gastos com as complicações das DCNT podem comprometer a economia americana em relação a saúde.

No Brasil, destaca-se o custo das internações por DCV, que é considerado o maior dentre as causas de internações hospitalares (DUNCAN, STEVENS, SCHMIDT, 2012). O gasto direto total com internações e consultas por DCV no ano de 2015 foi de R\$ 5.103.930.001,38 (SIQUEIRA, SIQUEIRA-FILHO, LAND, 2017).

Destaca-se dentre as DCV com frequentes reinternações hospitalares, a Insuficiência Cardíaca (IC), por sua cronicidade e alternância entre estabilidade e fases de descompensação aguda. Reis et al, 2015, evidenciaram que dentre os 1088 pacientes citados no estudo para quantificar as taxas de readmissão hospitalar por IC, 4,23% foram readmitidos em até 30 dias por descompensação da doença; 56,5% foram internados uma ou mais vezes nos últimos 3 meses e 78,2% no último ano.

Em estudo realizado por Gritti et al (2015) para identificar as DCNT, os antecedentes pessoais e a frequência destes em pacientes reinternados, em um hospital geral de São José do Rio Preto, dos 544 pacientes entrevistados, 202 (37, 1%) apresentaram duas reinternações, seguido por 159 (29,2%) com cinco ou mais reinternações.

Considerando que a reinternação traz grande ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e seus familiares, torna-se crucial conhecer mais sobre a experiência individual do doente com sua doença, sobre o ambiente físico e social no qual a doença se manifesta. Foi o que verificou o estudo de Teston et al (2016), ao

apreender pela perspectiva do doente crônico os motivos da reinternação, decorrentes principalmente de alguns fatores como, o contexto de vida e os determinantes sociais.

Neste contexto, o paciente e o familiar devem ser compreendidos como únicos e singulares, como seres que tem potencialidades e fragilidades que precisam ser avaliadas com comprometimento e conhecimento técnico e científico pelos profissionais de saúde (COSTA, CASTRO, 2014).

Um desafio se consolida nesse âmbito de atuação, ou seja, aprimorar estratégias capazes de ajudar pessoas, protagonistas da sua própria existência, a cuidarem melhor de si mesmas, ampliando a adesão aos tratamentos propostos no sentido de superar o histórico índice de apenas 50% de respostas compatíveis com as condutas indicadas e resultados almejados.

Para Dezen e Guerra (2014) o desafio para avaliar o grau de adesão está:

em descobrir a justa medida deste comportamento, o qual se define em um conjunto de marcadores biológicos e atitudinais, que na maioria das vezes não é possível medir em uma régua ou compasso.

Entre as estratégias educativo-assistenciais para melhorar a adesão destacam-se: informações por escrito e terapias curtas, até a combinação de diferentes iniciativas para terapias longas, como: informação, aconselhamento, auto monitoramento, estratégias de reforços, abordagens psicossociais, dentre outras alternativas, todas elas limitadas quanto à sua efetividade. Escalas como a ROMI e SIMPLE, além dos modelos de Prochaska e DiClemente são exemplos de instrumentos para melhorar e acompanhar a adesão (PROJETO DIRETRIZES, 2009).

Há, ainda, outras formas de monitoramento da adesão, incluindo: estímulo a registros; monitoramento eletrônico do uso; contagem de comprimidos, registro de retiradas, detecção de níveis medicamentosos na urina e sangue; identificação de marcadores biológicos, dentre outras possibilidades (EJACK; SEIDL, 2010; DEZEN; GUERRA, 2014).

Ampliando referenciais teórico metodológicos no enfrentamento desse problema, a perspectiva multidimensional adotada nesse estudo, sem desconsiderar a clínica, investe na atuação compartilhada entre profissional e paciente, junto à

complexa experiência dessa pessoa em um espaço cognitivo autorreferente no qual se inscrevem suas demandas por saúde, valendo reiterar que:

educar para a saúde compreende um conjunto de interfaces comunicativas entre sujeitos investidos de poder e conhecimento, tendo como objetivo criar um ambiente no qual possam emergir possibilidades de modelagem da experiência pessoal, em co-evolução com o seu contexto intra e interpessoal (IDE, 2012).

Trata-se, portanto, de investir numa estratégia de ajudar pessoas a identificar os próprios problemas, o impacto deles na própria vida, a relação entre eles e seu estado físico e mental, como também as alternativas possíveis para acrescentar saúde e bem-estar à própria vida, identificando e atuando na mobilização da adesão ao esquema terapêutico prescrito (IDE, 2012).

Nessa lógica, o desafio posto pela realidade, seria dar vida a essas convicções, redefinindo métodos, estratégias e instrumentos, utilizando o saber clínico, psicossocial e pedagógico na realização das práticas no âmbito da educação em saúde, com ênfase no manejo de crônicos, respondendo a dilemas inerentes à experiência humana na interface com o adoecimento e suas implicações.

No campo específico da atenção ao adulto, com ênfase naqueles que já desenvolveram afecções crônicas, a Educação em Saúde também se faz necessária, considerando a dificuldade persistente em aderirem ao tratamento, provocando um problema de saúde de magnitude notável.

Frente ao persistente e complexo contexto de dificuldades na superação de limites à adesão, merece destaque a proposição de Ide (2012), ao construir uma abordagem educativo assistencial sintonizada à essas premissas, tendo por base intensa investigação bibliográfica, no sentido de identificar e aproximar conceitos relativos ao uso de uma semiologia e intervenção de abrangência multidimensional, ao mesmo tempo clínica e psicossocial, ao manejo de crônicos (PERESTRELLO, 1989; DEJEURS, 1998; CASTIEL, 1999; AYRES, 2004; BOARETTO, 2004; DESLANDES, 2004; MINAYO, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; IDE, 2012; IDE, 2013; SPOLAORE, 2015; dentre outros).

Para Ide (2012), essa perspectiva desestrutura os modelos assistenciais vigentes e produz uma contestação de poderes e saberes, intensificando a expressividade de uma pessoa, a ser reconhecida como:

- Ativa, tanto na consolidação de seus esquemas conceituais e comportamentais, inclusive os relativos aos preceitos de saúde, como também na sua predisposição a mobilizá-los.
- Detentora de um potencial de adesão também compreendido como um processo auto organizado, externamente influenciado por essa dimensão normativa, prescritiva, porém internamente modulado pelo sentido de continuidade da própria experiência vital.
- Capaz de definir diferentes respostas ao tratamento proposto, que refletiriam tentativas pessoais de manter a própria coerência interna, compondo uma lógica autorreferencial que pode manifestar-se como contestação ou adesão em diferentes níveis às condutas prescritas.
- Enfim, uma pessoa em incessante processo de recriar-se, demonstrando a oportunidade e a função de iniciativas educativo-assistenciais sensíveis a essa subjetividade e preparadas para acessá-la na medida do possível, participando dessa dinâmica criativa, ampliando perspectivas para as transformações assimiláveis, a cada momento e contingências vivenciadas.

A partir dessa perspectiva de assistência, Ide (2012) propõe o instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão (AMPA), enquanto ferramenta que viabiliza sua implementação, possibilitando construir de forma compartilhada, ao final do processo, uma proposta educativa assistencial singular, coerente com o que foi desvelado no decorrer do atendimento (Apêndice A).

Cabe esclarecer que essa ferramenta foi elaborada em sintonia com as diferentes etapas da abordagem educativo assistencial também formuladas por Ide. O instrumento da consulta foi projetado para viabilizar o registro, organização e orientação de condutas, possibilitando que o manuseio dos dados e informações, se mesquem e evoluam na abrangência multidimensional pretendida.

Dessa forma, é possível considerar que o instrumento proposto represente um avanço tecnológico relevante no seguimento do crônico, reunindo informações,

disponibilizando ao profissional capacitado, indicadores passíveis de qualificar e quantificar a condição e a evolução desse adulto em atendimento, configurando-se como elemento e produto desta abordagem.

O ponto diferencial desse instrumento seria constituído pela plasticidade das possíveis combinações e interpretações das narrativas registradas a serem identificadas e relacionadas pelo profissional no momento da consulta. Viabilizando-se assim, sínteses, recapitulações e planejamentos de ações dependentes da sua própria e singular competência em realizá-las; com dados sobre o feito e o que resta a fazer; com valorizações que indiquem a possibilidade e a qualidade do autocuidado possível a ser mobilizado com o outro; a identificação da necessidade de diferentes ajudas, incluindo a indicação do como pedi-las; enfim, o registro de aspectos fundamentais da maneira de ser, viver, demandar cuidados e interagir com eles, compondo formas peculiares de adesão ao planejamento assistencial.

A opção pela validação desse instrumento teve por base inclusive a compatibilidade entre a construção desenvolvida por Ide e referenciais teóricos atualizados, incluindo os seguintes critérios:

- Temática relevante com potencial de melhoria para a prática e com controle profissional sobre essa ação. Tais aspectos são condizentes com a necessidade de propostas de aprimoramento da prática assistencial, atribuição específica de enfermeiros.
- Seleção de indicadores fundamentados e capazes de descrever a atividade ou evento a ser avaliado. A proposta atende esse requisito, acrescentando, ainda conceitos e componentes constitutivos.
- Construção de medidas confiáveis, incluindo o seu score. A proposta também atende ao requisito, acrescentando um gradiente multidimensional de potencial de adesão (MCLYNN; ASCH, 1998).

Hipoteticamente é possível considerar, portanto, que o referido instrumento seja uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de atividades educativo assistenciais, necessárias à potencialização da adesão terapêutica, cabendo ao profissional o desafio de desenvolver dinâmicas reguladoras das múltiplas competências inerentes à uma atuação de âmbito multidimensional.

Os conteúdos expostos evidenciam a necessidade de buscar um sistema de avaliação da adesão compatível com a amplitude e complexidade conceitual referida, e que ao mesmo tempo, seja realmente praticável, tendo por base um instrumento construído em sintonia com os referenciais do estudo, evidenciando a atualidade e relevância dessa investigação.

Dessa forma, identificados os referenciais teóricos e também os desafios enfrentados no processo da validação, coube investir no desenvolvimento deste estudo, que tinha o intuito de responder a questão: *os conteúdos e critérios que compõem o instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão proposto por Ide (2012) atenderão aos requisitos de clareza e pertinência necessários à validação de conteúdo?*

É possível considerar, portanto, que os dados referidos justificaram o desenvolvimento desta pesquisa cujo objetivo encontra-se referido a seguir.

Objetivo

2 OBJETIVO

Validar o conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do potencial de adesão do adulto ao tratamento.

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A validação do instrumento proposto teve como objetivo desenvolver uma tecnologia assistencial apta a obter a melhor resposta possível do adulto ao seu regime terapêutico, contribuindo assim, no manejo da adesão. Para tanto, integrou-se temas assistenciais, incluindo pressupostos da Educação em Saúde, a fim de construir um instrumento em consonância com os objetivos do estudo.

3.1 Abordagem Assistencial

Qualificar a assistência ao doente, portador de DCNT, pressupõe acrescer às abordagens vigentes, estratégias passíveis de agir no núcleo constitutivo das distintas expressões de vida-saúde-doença-tratamento, potencializando-se recursos singulares, àqueles decorrentes da condição individual de regular a vida cotidiana. Mobilizando, através de iniciativas educativo-assistenciais integradas e compartilhadas, disposições para o desenvolvimento da melhor saúde possível, considerando o contexto e contingências pessoais (SPOLAORE, 2015).

Objetivou-se portanto, propor um novo sentido para as práticas assistenciais, tendo por base abordagens diagnósticas e terapêuticas, que dão voz a um usuário reconhecido para além do seu adoecimento, trazendo consigo sua história, seus modos de ver e reagir ao mundo, suas relações consigo e com os outros, enfim, uma subjetividade reconhecida como elemento norteador da ação terapêutica (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY; FRANCO, 2003).

Essas características são, principalmente, compatíveis com os pressupostos que norteiam a abordagem multidimensional na atenção ao crônico, base teórica do estudo. Tornando-se, também, estratégias a serem viabilizadas por meio de práticas que invistam na capacidade holística e dinâmica de pessoas co-construirmos seus processos vitais.

Nesse sentido, merece destaque o posicionamento de especialistas do Ministério da Saúde, ao considerarem que a articulação de respostas funcionais em saúde às especificidades individuais, poderiam indicar que muitos adoecimentos podem ter início em situações difíceis como: processo de luto, desemprego, mudanças bruscas no cotidiano, episódios de violência, descompensações clínicas, incompreensão de condutas/tratamentos, relacionamentos disfuncionais,

inacessibilidade a serviços, dentre outras situações passíveis de gerar sofrimento e desestabilização (BRASIL, 2009).

Essa perspectiva também amplia focos de investimentos diagnósticos e terapêuticos, propondo incluir os seguintes itens: recuperação biográfica; estratégia promotora da auto escuta; reencontro da pessoa com sua trajetória de vida; iniciativas voltadas ao desenvolvimento pessoal (incentivo à escolarização/capacitação para o trabalho, desenvolvimento de talentos, mobilização do auto interesse, dentre outras); encaminhamentos; ações educativo-assistenciais; atividades físicas; vivências corporais e relacionais; promoção de direitos; proteção legal; iniciativas de desenvolvimento comunitário; dentre outras (AYRES, 2004).

Para Melo (2014), elencar informações necessárias a um diagnóstico multidimensional das condições de vida/saúde/doença, reitera Ayres (2004) é propor: a recuperação de dados auto descritivos; a identificação de trajetórias de vida, dos projetos pessoais, das perdas, dos afetos manifestos, das dinâmicas relacionais, do jeito próprio de levar a vida, de superar desafios; mantendo ou comprometendo a própria saúde.

Segundo a referida autora, essa narrativa também amplia o horizonte analítico do profissional, instrumentalizando-o para o delineamento de hipóteses diagnósticas a serem compartilhadas com o outro, numa tentativa de compreender, tanto as representações acerca das próprias condições e necessidades assistenciais, como também as possíveis contradições ou fragilidades dessas construções ideativas passíveis, inclusive, de promover respostas disfuncionais no âmbito dos comportamentos em saúde (MELO, 2014).

Dessa forma, pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por outro jeito de viver (BRASIL, 2007).

Esse atendimento ao adulto, enquanto composição sistematizada e evolutivamente articulada de cuidar, investe em estratégias relacionais, tais como: a escuta ativa no sentido de apreender a narrativa do outro, ampliando a compreensão e comunicação desse entendimento dos eventos em cena; o investimento no vínculo, a partir de interações abertas à expressão de demandas emocionais, de pacientes e familiares, a serem mediadas por profissionais predispostos e reconhecidos como

capazes de partilhá-las, visando atenuar desgastes e sofrimentos físicos e mentais decorrentes do adoecimento e tratamento; a possibilidade de compartilhamento da condição do paciente exercer, com autonomia e responsabilidade, sempre que possível e desejado, o direito de decidir sobre formas e metas do atendimento, culminando no manejo de comportamentos em saúde enquanto construção de projetos de cuidar singulares (IDE, 2013).

A perspectiva adotada inclui ainda a regulação possível das respostas em saúde que não passam, no final das contas, de um dos componentes de um dispositivo de individualização e de diferenciação das intervenções.

Ide (2012) desenvolveu uma métrica própria, apta a identificar o potencial de adesão, propondo estratégias ajustadas às diferentes respostas individuais ao planejamento indicado.

Tendo por base esse diagnóstico situacional, a atuação é complementada por propostas regulatórias, fundamentadas em iniciativas educativo assistenciais, viabilizando uma composição conjunta de estilos de respostas possíveis ao tratamento, culminando na proposta de investimentos no autocuidado e na busca do bem-viver possível para a pessoa no seu momento e circunstâncias de tratamento.

Evidencia-se, portanto, o desenvolvimento de um fundamentado, complexo e crescente processo de reformulação de conceitos e ações em saúde no sentido da integralidade pretendida, tendo a pessoa como referência para os ajustes propostos em consonância com suas necessidades, expectativas, possibilidades e disponibilidade de adesão a um projeto terapêutico compartilhado. Nessa perspectiva emerge a premência pelo desenvolvimento de competências profissionais que incluam:

o poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial.... Surge assim, a necessidade de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica; parte desses conhecimentos pode ser buscada na Saúde Coletiva, na Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Políticas e até mesmo, em noções de Gestão e Planejamento (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 67).

3.2 Perspectiva Construtivista de Educação em Saúde

A proposta de Ide (2012) relaciona-se ainda ao enfoque no desenvolvimento pessoal como uma das possibilidades de educação em saúde referida por Stoltz (1993). Ambas são voltadas à potencialização do valor individual, objetivando sua capacitação para lidar com a própria vida, suas escolhas e investimentos, por essa pessoa possuir, sob o prisma do profissional, competência para a regulação possível do autocuidado.

Numa abordagem construtivista, essa ajuda deve conjugar duas características: tomar como ponto de partida os esquemas de conhecimento pregressos (inclusive sobre questões de saúde-doença); e provocar desafios que levem pessoas a questionar significados e sentidos dos próprios investimentos vitais, ampliando esquemas mentais e projetos de ação frente aos desafios do cotidiano, (incluindo aspectos relativos à qualidade de vida e do bem-estar possível) (CALL et al, 2000).

Ainda segundo os mesmos autores, deve-se considerar que os conhecimentos prévios das pessoas (inclusive sobre sua dinâmica assistencial atual), têm por características: ser uma construção pessoal, que procura a utilidade mais do que a “verdade”; compartilhados por outras pessoas, com a possibilidade de agrupamentos por tipologias; caráter implícito (descobertos em atividades, ações); serem estáveis e resistentes à mudança; possuírem coerência pessoal e não necessariamente científica (CALL et al, 2000).

Nesse sentido, acrescer novos conceitos de saúde-doença-tratamento a esses esquemas prévios, pressupõe reconhecer que um conceito é mais que um simples hábito mental. É um ato real e complexo de pensamento que não pode ser ensinado por meio de treinamento ou repetição de conteúdos que desconsiderem essa construção pessoal. Esse processo de mobilização só pode ser desencadeado quando o próprio desenvolvimento mental tiver atingido o nível necessário, em qualquer idade.

Essas seriam, portanto, as bases teórico-instrumentais de uma abordagem educativo assistencial de âmbito biopsicossocial. Essa abordagem se volta, ainda, para a necessidade de superar o caráter doutrinário dos processos educativos em

saúde, que ainda representam práticas de enquadramento pautadas em afirmações apodíticas que desconsideram expressões da subjetividade, comprometendo por completo a atividade da compreensão e adesão. Nessa perspectiva cabe reiterar que:

os sujeitos são capazes de expressar desejos, sentimentos, pois possuem uma aptidão infinita para inventar modos de vida e formas de organização social diversos. Quando a “educação domesticadora recua seus tentáculos” é possível acontecer a prática da liberdade, na qual educador e educando tornam-se sujeitos assumindo seus papéis significativos, fazendo com que o processo educativo ocorra de forma expressiva, capaz de provocar mudanças, por mais que sutis (GAZZINELLI et al, 2005, p.206).

Investir, portanto, na mobilização de conceitos prévios, assim como, na construção de novos comportamentos em saúde, pressupõe utilizar estratégias aptas a acionar atenção deliberada, memória, lógica, abstração, capacidade para comparar, diferenciar e realizar ações voltadas à saúde e bem-estar considerados possíveis e desejáveis pela pessoa, reconhecida na sua integralidade e singularidade.

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, e de desenvolvimento metodológico, voltado à validação de conteúdo do instrumento de avaliação multidimensional do potencial de adesão do adulto ao tratamento.

Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, e estão focados no desenvolvimento de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011). O que justificou a opção metodológica, na medida em que o objetivo era a validação do instrumento proposto.

Um estudo de validade de conteúdo pode fornecer informações sobre a representatividade e clareza de cada item de um instrumento, o que reforça a importância do reconhecimento de sua qualidade (MEDEIROS et al, 2015).

Para Polit e Beck (2011) a validade do conteúdo indica:

em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio. Além disso, se mostra relevante na medição de traços psicossociais complexos.

Ainda para as mesmas autoras, a validade do conteúdo de instrumentos novos baseia-se em um julgamento, sendo comum o uso de um grupo de especialistas independentes para avaliar sua validade (POLIT; BECK, 2011).

O que corrobora com a definição de Coelho, et al (2013), a validade de conteúdo refere-se à análise dos itens que compõem o instrumento por juízes no assunto, sendo a determinação de representatividade e extensão com que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a sua dimensão dentro daquilo que se propõe investigar.

Para a validação de conteúdo referente ao instrumento proposto foi utilizada a técnica Delphi.

4.2 A Técnica Delphi

A técnica Delphi é um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas, também chamados de peritos, experts ou juízes em determinado tema (SPÍNOLA, 1984). É realizada por meio de validações articuladas em rodadas sobre um assunto em que há pouca evidência ou acordo (SILVA et al, 2013). Esta dinâmica confere ao instrumento avaliado uma consolidação do julgamento intuitivo do grupo de especialistas, sem a necessidade de um painel de discussões (CUNHA; PENICHE, 2007).

A operacionalização da técnica Delphi envolve três princípios básicos: o anonimato dos respondentes, o feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes e o aprimoramento do instrumento até atingir consenso dos especialistas (GALLARDO; OLMOS, 2008). O feedback consiste em remeter a todos os especialistas, em rodadas sucessivas, a informação gerada em cada etapa (SOUSA; TURRINI, 2012).

Para utilização da técnica Delphi no direcionamento de um estudo é necessário percorrer as seguintes etapas: seleção e contato com os especialistas, elaboração e aplicação do primeiro questionário, envio do primeiro questionário aos especialistas, tabulação e análise dos questionários recebidos, elaboração e envio do segundo questionário, e assim seguem sucessivamente as etapas, até que haja convergências nas respostas ou consenso final (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; SCARPARO, 2012).

As rodadas do questionário são realizadas até que as divergências de opiniões entre especialistas tenham se reduzido a um nível satisfatório, geralmente entre 70%/80%, ou porcentagem arbitrada e devidamente justificada pelo pesquisador (SCARPARO et al, 2012). Cabe esclarecer que nesse estudo optou-se por um nível de concordância mínima entre os especialistas de 70%.

O número de rodadas de questionários a serem aplicados aos especialistas dependerá da natureza do grupo, sua homogeneidade e a complexidade do assunto (KAYO; SECURATO, 1997). De modo geral, em um estudo Delphi, são utilizadas de duas a três rodadas de opiniões.

Para a seleção dos especialistas, é de extrema relevância a qualificação profissional sobre a área temática a ser estudada, para que se possa obter consenso

de ideias especializadas (SCARPARO, 2012). Apesar dos limites, Scarparo et al (2012) consideram que a utilização da técnica Delphi permite aos profissionais da enfermagem a discussão de aspectos relevantes para o futuro da enfermagem, consagrando-se como alternativa metodológica inovadora.

Entre as vantagens da utilização da técnica Delphi destacam-se: garantia do anonimato, baixo custo operacional, a eliminação da influência direta entre pessoas, a possibilidade de acesso a pessoas geograficamente distantes, a produção de grande quantidade de conteúdo de alta qualidade e especificidade, a possibilidade da reflexão individual e coletiva sobre determinado assunto (GIOVIZAZZO, 2001; CARDOSO et al, 2005; SINHA; SMYTH; WILLIAMSON, 2011).

Como desvantagens, há a dificuldade na identificação dos conhecedores do assunto a ser estudado, problemas relativos ao retorno de questionários, com a abstenção e perda de percentual de participantes (ROZADOS, 2015).

4.3 Composição do Painel de Especialistas

Com relação ao número de participantes, optou-se pela composição de um painel com doze especialistas, uma vez que o sucesso da aplicação da técnica não está relacionado ao número de participantes e sim à sua qualificação (SCARPARO, 2012).

Constituiu, portanto, de uma amostra aleatória, de conveniência ou intencional, que se justifica, uma vez que o interesse era selecionar especialistas na temática do estudo, considerando-se características profissionais referidas a seguir.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Para os critérios de inclusão foi utilizado, resguardadas as devidas adaptações, o modelo de Braga et al (2016), incluindo as seguintes características:

- Ser enfermeiro.
- Ter titulação mínima de doutor.
- Ser considerado pelos pares um profissional de referência nesse âmbito de atuação/investigação.
- Estar vinculado a instituições de ensino, pesquisa, assistência ou a órgãos de classe da Enfermagem.

- Ter produção científica que privilegie questões relativas à temática.
- Ter disponibilidade para participar das diferentes etapas da validação.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos especialistas sem experiência profissional e na docência com doenças crônicas e adesão terapêutica, e que não responderam à solicitação de participação até 24/05/2017.

Para a busca dos especialistas foi acessado a Plataforma Lattes, com intuito de procurar estudiosos do assunto e produtores de artigos específicos sobre o tema em questão, tomando como referência os critérios de inclusão do estudo.

Na Plataforma Lattes foi utilizado o modo de busca por assunto, empregando-se as palavras chaves, *doença crônica* e *adesão terapêutica*, seguindo a seguinte sequência:

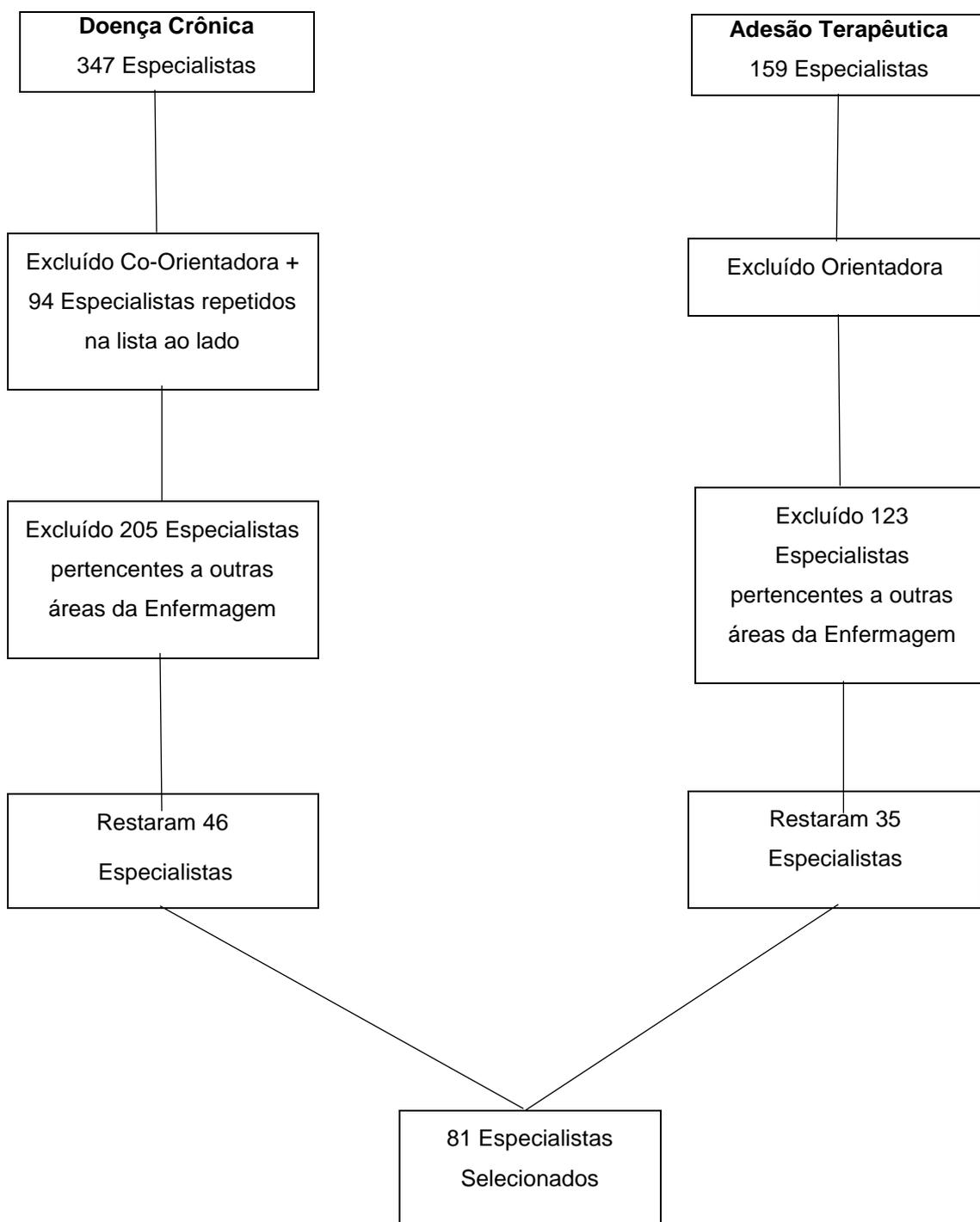
- nas bases: selecionado o item doutores;
- nacionalidade: brasileiro;
- tipos de filtro: selecionado atuação profissional, o qual se subdividia em:
 - grande área: selecionado Ciências da Saúde;
 - área: Enfermagem;
 - subárea: Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso;
 - especialidade: todas (única opção).

O resultado desta seleção foram duas listas, uma de *doença crônica* com 347 especialistas e outra de *adesão terapêutica* com 159. Logo após esse processo, foram lidos e selecionados os currículos Lattes pertinentes, de acordo com os critérios elegíveis de inclusão para o estudo, que formaram um comitê de especialistas, crucial para a realização da validação do instrumento.

Na lista de *doença crônica* foram excluídos, primeiramente, a Professora Cilene Costardi Ide (Co-Orientadora do estudo), e 94 especialistas, por estarem repetidos na lista de *adesão terapêutica*. Dos 252 especialistas restantes, após leitura dinâmica e analítica dos currículos, foram excluídos 205, por pertencerem a áreas adversas à temática em questão (Sistematização da Assistência de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva, entre outras).

Na lista de *adesão terapêutica*, primeiramente foram excluídas a Professora Grazia Maria Guerra (Orientadora do estudo), e 123 especialistas, por pertencerem a outras áreas da enfermagem. Ao final foram selecionados 81 enfermeiros para compor o painel de especialistas (Figura 1).

Figura 1 – Fluxo de seleção dos Enfermeiros para compor o painel de especialistas. São Paulo, 2017.



4.4 Aspectos Éticos

De acordo com as determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa deste estudo foi apresentado para apreciação, primeiramente ao Comitê de Pesquisa (CPq), e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (CoEP), obtendo parecer favorável à sua realização: CAAE: 62793416.4.0000.0062, número do Parecer: 1.880.531, de 22 de dezembro de 2016 (ANEXO A).

4.5 Coleta e Sistematização dos Dados

4.5.1 Operacionalização da coleta de dados

Após aprovação do CoEP, iniciou o processo de validação pelo contato prévio entre a pesquisadora e cada um dos especialistas selecionados, o que possibilitou: um processo de aproximação, apresentação da proposta, esclarecimento de dúvidas iniciais, valorização da participação, confirmação da disponibilidade do convidado para as diferentes etapas e a promoção de uma interação necessária à viabilização do estudo.

Esse contato foi feito utilizando uma plataforma eletrônica, com endereço exclusivo para essa finalidade. A decisão do especialista em participar foi lavrada em espaço específico do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice C), constitutivo da documentação encaminhada eletronicamente. Coube ao convidado concordar ou não com a proposta apresentada, sendo necessária sua anuência para participação no estudo e consequente acesso ao instrumento proposto. Ao final do processo, tanto o TCLE quanto as avaliações realizadas foram armazenados nesse endereço eletrônico.

O processo de validação buscou obter consenso quanto ao conteúdo do instrumento. Cada especialista registrou sua avaliação quanto à clareza (condição de entendimento) e à pertinência (adequação conceitual) dos itens em avaliação, tendo por base uma escala Likert que atribuiu um escore numérico com cinco graus de concordância em relação ao atributo em análise. A construção da escala de Likert, utilizada na validação proposta, foi baseada nos estudos de Lynn (1986), e com relação a clareza, incluiu as seguintes possibilidades de julgamento: *totalmente*

incompreensível; incompreensível; nem incompreensível e nem compreensível; compreensível e totalmente compreensível. Quanto à pertinência incluiu o seguinte gradiente: nada pertinente; pouco pertinente; pertinente; muito pertinente e muitíssimo pertinente.

Para que os especialistas pudessem complementar o julgamento de cada tópico, foi reservado um espaço ao final de cada item, no sentido de garantir-lhes o registro de comentários e sugestões cabíveis.

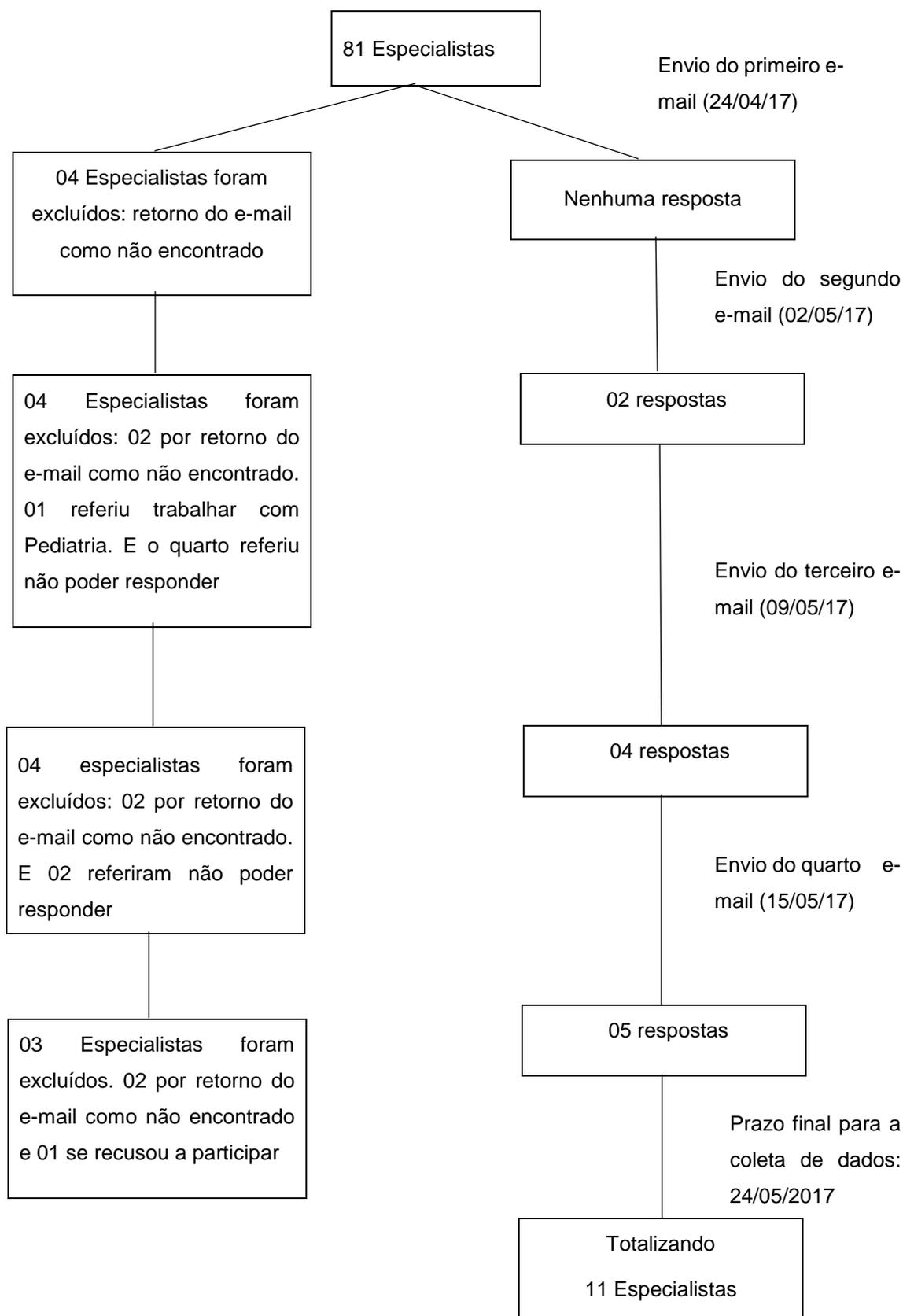
4.5.2 Desenvolvimento da técnica Delphi

A dinâmica de validação do instrumento, por meio da técnica Delphi, compreendeu as seguintes etapas:

1. Criado uma conta no Gmail, e conseqüentemente no Google Drive, específica para a coleta de dados;
2. Elaborado um formulário no Google Drive, com a transcrição do instrumento, contendo 9 seções (Apêndice B):
 - **Seção 1:** incluía o título da pesquisa, nome da pesquisadora, orientadora e co-orientadora; espaço para o especialista colocar seu e-mail para contato; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Após leitura do termo, o especialista teria que optar em aceitar ou não em participar da pesquisa. Aceitando participar, o especialista assinalava a opção correspondente, e conseqüentemente abria a seção 2. Em caso de negativa, após assinalar a opção “*não tenho interesse em participar da pesquisa*”, o próximo passo era reenviar o formulário à pesquisadora, encerrando ali sua participação.
 - **Seção 2:** Esclarecimento aos especialistas, contendo uma síntese dos objetivos e etapas da validação do instrumento (Apêndice D).
 - **Seção 3:** Ficha de identificação: com dados de caracterização do especialista (Apêndice E).
 - **Seção 4:** Início do instrumento. Contendo uma explanação breve de como deveria ser preenchido o instrumento, referente a clareza e pertinência de todos os itens, após sua avaliação.
 - **Seção 5:** Início das questões, constituído por tópicos relacionados aos dados pessoais e recursos socioeconômicos dos pacientes.

- **Seção 6:** Anamnese Multidimensional, formada por 04 questões de auto caracterização.
 - **Seção 7:** Continha os 05 componentes da avaliação multidimensional (componente mental, relacional, comportamental, físico e auto regulatório).
 - **Seção 8:** Síntese da pontuação, transcrição dos subtotais obtidos no item anterior.
 - **Seção 9:** Contendo os 05 níveis propostos para avaliar o potencial de adesão.
3. Com o formulário pronto em março/2017, foram realizados testes piloto para identificar possíveis problemas no seu preenchimento, enviando-o para enfermeiros sem ligação com o estudo.
 4. Encaminhado por e-mail a primeira versão do instrumento aos especialistas selecionados (24/04/2017) – com o prazo de 07 dias para responder a partir do envio do material. Este processo foi repetido por três vezes (02/05; 09/05 e 15/05), pois não foram obtidas respostas no prazo estipulado. Finalizou-se o envio dos e-mails para os especialistas, a partir do momento que se obteve o retorno de 11 formulários preenchidos (Figura 2). Cabe esclarecer, entretanto, que se optou pelo término da coleta de dados em 24/05/2017, com 11 especialistas, e não 12 como estipulado no estudo, considerando-se os prazos formais de conclusão do Mestrado.
 5. Realizado análise, organização e síntese dos pareceres emitidos.
 6. O retorno apresentado nesta rodada sofreu tratamento estatístico, sendo esses dados confrontados com o nível de consenso estipulado no estudo, definido pela pesquisadora em 70%, parâmetro compatível com a literatura científica, no sentido de manter, alterar ou excluir componentes.
 7. Configuração final do processo de validação, caracterizando o consenso obtido, assim como a síntese das modificações realizadas a partir das sugestões encaminhadas.

Figura 2 – Fluxo do envio de e-mails aos especialistas. São Paulo, 2017.



4.6 Descrição do Instrumento

A versão original do instrumento em questão é composta por duas partes. A primeira parte, denominada primeira consulta, volta-se ao diagnóstico multidimensional do potencial de adesão, sendo constituída por cinco itens. A segunda parte do instrumento, denominada planejamento assistencial, volta-se à proposição de condutas e ao seguimento da evolução do paciente, estando subdividida em quatro itens, considerando o potencial de adesão identificado na etapa anterior.

Cabe esclarecer, entretanto, que face à abrangência dessas etapas, assim como das estratégias diagnósticas e terapêuticas propostas optou-se, nesse momento, considerando-se inclusive os prazos formais de conclusão do Mestrado, pela validação exclusiva da primeira parte, a ser apresentada a seguir.

4.6.1 Primeira Consulta

Avaliação a ser desenvolvida no primeiro atendimento, abrangendo os seguintes itens:

1. **Identificação:** constituída por tópicos relacionados aos dados pessoais (nome, idade, sexo, ocupação, escolaridade, estado civil e número de dependentes) e recursos socioeconômicos tais como, renda pessoal e familiar, tipo de moradia, cobertura assistencial e inclusão em programas sociais.
2. **Anamnese Multidimensional:** espaço para o registro de narrativas voltadas à uma autocaracterização, incluindo apreciações do paciente sobre si mesmo, sua vida, seu cotidiano e regime terapêutico. Essa etapa da coleta de informações pressupõe o domínio de competências relacionais necessárias à promoção de uma abordagem dialógica apta a estimular, apreender e interpretar os conteúdos ideativos expressos pelo paciente. Quando necessário, incluirá o compartilhamento de interpretações relativas a essas ideias manifestas no sentido da reconsideração de crenças e comportamentos em saúde. Nesse sentido, conteúdos instrucionais serão elaborados, visando fundamentar o desenvolvimento profissional nesse âmbito de atuação.
3. **Avaliação Multidimensional:** nesse tópico estão referidos os cinco componentes avaliativos e suas respectivas definições:

- **Componente mental:** conjunto de funções cognitivas necessárias à percepção, compreensão, registro, valoração, planejamento e comunicação, verbal e não verbal de pensamentos e sentimentos. Essas operações interagem para a efetivação de comportamentos pessoais, manifestos em singulares possibilidades, inclusive de promover a própria saúde e bem-estar, considerando o respectivo contexto ambiental e social.
- **Componente relacional:** conjunto de recursos intelectuais e emocionais necessários à promoção e manutenção de relações consigo, com o outro, e com o contexto de vida-saúde-doença-tratamento. Tais recursos fundamentam a construção de vínculos capazes de identificar demandas e ajustar possibilidades de contato e suporte assistencial.
- **Componente comportamental:** conjunto de ações e reações individuais passíveis de observação, decorrentes de processos interativos entre si e seu meio ambiente, e que expressem formas pessoais de construir e lidar com a própria dinâmica de vida-saúde-doença-tratamento.
- **Componente físico:** conjunto de expressões corporais, condições e parâmetros físicos que, em conjunto, indiquem a funcionalidade orgânica num dado momento, compondo um arsenal diagnóstico e terapêutico na perspectiva biológica.
- **Componente auto regulatório:** conjunto de ações pessoais, utilizando-se de recursos internos e externos, como forma intencional e planejada, com intuito de atingir a melhor adesão a terapia.

Cada um deles é constituído por quatro indicadores a serem avaliados por notas que oscilam entre 1 (pior resposta) e 5 (melhor resposta). O componente físico é complementado por tópicos relativos aos antecedentes clínicos e ao exame físico dirigido.

4. **Síntese da Pontuação:** registro por transcrição das pontuações relativas a cada um dos componentes. A soma desses valores gerará uma nota total representativa do potencial de adesão do paciente ao tratamento, em um dado momento e circunstâncias de vida/saúde-doença.

5. Potencial de adesão: a nota total oscilará entre 20 e 100 pontos. O pior resultado possível (20 pontos) resulta da obtenção da pontuação mínima (1) em todos os 20 indicadores avaliados. No contraponto, a pontuação máxima (5) em todos os 20 indicadores resultará em 100 pontos, valor equivalente ao melhor potencial de adesão. São propostos cinco níveis, tendo por base intervalos equivalentes, permitindo um gradiente de potencial de adesão que inclui possibilidades crescentes, desde o muito baixo, no momento e circunstâncias da avaliação, até muito alto.

4.7 Análise dos Dados

As respostas dos especialistas obtidas na aplicação da técnica Delphi foram coletadas e armazenadas por meio do sistema Google Drive e todos os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010.

A caracterização dos especialistas foi apresentada em quadro descritivo, com indicadores relativos à identificação pessoal, formação, área e local de atuação.

Os especialistas avaliaram cada um dos 44 itens do instrumento e após apreciação dos formulários, foi realizada análise descritiva das respostas com relação a clareza e pertinência. O método da análise descritiva foi feito pela frequência de ocorrência das variáveis categóricas, medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas.

Para a validação do instrumento foram utilizadas a Correlação Intraclasse (ICC), com o intuito de verificar a convergência das avaliações dos especialistas relativas aos diferentes tópicos constitutivos do instrumento; e o Teste Alfa de Cronbach para avaliar as medidas de confiabilidade e a consistência interna.

Os valores da ICC variam de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor o nível de concordância entre os especialistas (MATOS, 2014). Sua distribuição e os respectivos níveis de interpretação encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Níveis de interpretação dos valores da Correlação Intraclasse. São Paulo, 2017.

CORRELAÇÃO INTRACLASSE (ICC)	NÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO
< 0,4	Pobre
0,4 – 0,59	Razoável
0,6 – 0,74	Bom
> 0,75	Excelente

Fonte: (CICCHETTI, 1994) - Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology.

Já o valor do Alfa de Cronbach deve ser positivo, também variando entre 0 e 1, e quanto maior o valor mais preciso o instrumento é; e tem as seguintes leituras (Quadro 2).

Quadro 2 – Níveis de concordância dos valores de Alfa de Cronbach. São Paulo, 2017.

ALFA DE CRONBACH	CONSISTÊNCIA INTERNA
< 0,5	Inaceitável
0,5 – 0,6	Pobre
0,6 – 0,7	Razoável
0,7 - 0,8	Aceitável
0,8 - 0,9	Bom
maior ou igual a 0,9	Excelente

Fonte: (PESTANA & GAJEIRO, 2008) - Análise de Dados para Ciências Sociais.

Os dados foram demonstrados em valores absolutos e em porcentagem, em forma de tabelas, sendo considerado o nível de significância de $p < 0,05$.

Quanto aos comentários e sugestões encaminhados pelos especialistas, foram categorizados, analisados e apresentados em forma de quadros (APÊNDICE E).

Resultados

5 RESULTADOS

Para otimizar o entendimento das informações, optou-se por apresentar os resultados organizados em 3 subitens: caracterização dos especialistas, validação do instrumento e categorização dos comentários e sugestões encaminhados pelos especialistas.

5.1 Caracterização das variáveis socioeducacional e demográficas dos especialistas

Os dados apresentados caracterizam um conjunto de especialistas, representados principalmente por docentes, 72,7%, atuantes nas instituições de ensino públicas (54,5%); e todos ligados a grupos de pesquisa, desenvolvendo estudos vinculados, tanto à esfera assistencial, quanto à formação profissional, tendo por base indicadores que os mensuram e categorizam, promovendo a inserção e identificação do pesquisador à um quadro de reconhecida e expressiva produção científica e acadêmica, nacional e internacional, que pavimentou e consolidou os critérios elegíveis para esta pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos 11 especialistas segundo as variáveis demográficas, São Paulo, 2017.

Variáveis	(n)	(%)
Sexo		
Feminino	11	100
Total	11	100
Idade		
25 - 35	1	18,1
36 - 46	2	9,1
> 46	8	72,8
Total	11	100
Estado Civil		
Casado	11	100
Total	11	100
Origem dos Especialistas segundo Regiões do Brasil		
Norte	01	9,1
Nordeste	01	9,1
Centro-Oeste	01	9,1
Sudeste	03	27,3
Sul	05	45,4
Total	11	100
Área de Atuação		
Ensino	08	72,7
Pesquisa	01	9,1
Assistência	02	18,2
Total	11	100
Participação em Associações de Classe		
Sim	04	36,4
Não	07	63,6
Total	11	100
Participação em grupos de estudo e/ou pesquisa		
Coordenador	05	45,4
Membro	06	54,6
Total	11	100
Participação em instâncias deliberativas de diferentes órgãos		
Sim	04	36,4
Não	07	63,6
Total	11	100

Com relação aos 11 especialistas que avaliaram o instrumento, 100% eram do sexo feminino e casados, com predomínio da idade acima de 46 anos (81,8%), a maior parte proveniente da região sul do Brasil (45,4%), seguida da região sudeste (27,3%) (Tabela 1).

Dos 36,4% dos especialistas (Tabela 1) que responderam participar de associações de classe, 05 pertencem a ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem) e um, além desta, também refere ser associado ao Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul e ao International Family Nursing Association (IFNA). A mesma porcentagem citada identifica os participantes de instâncias deliberativas de diferentes órgãos, como: Comitê de Ética em Pesquisa; Núcleo Docente Estruturante do Curso de Enfermagem – UNIFEV (Centro Universitário de Votuporanga); Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina – UNIFEV; Pró reitoria de extensão e cultura da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina); e Chefe de Enfermagem da UFSC.

Tabela 2 – Distribuição dos especialistas segundo as variáveis sócio educacionais. São Paulo, 2017.

	N	%	Mínimo	Máximo	Percentis		
					1º quartil	Mediana	3º quartil
Ano de Conclusão Graduação	11	100	1985	2004	1979	1989	1997
Ano de Conclusão Especialização	8	73	1980	2005	1990	1997	2005
Ano de Conclusão Mestrado	11	100	1990	2008	1999	2001	2005
Ano de Conclusão Doutorado	11	100	2000	2013	2005	2009	2012
Ano de Conclusão Pós-Doutorado	1	9	2008	2008	-	-	-
TOTAL	11	100	1980	2013			

O predomínio da docência seria próprio de pesquisadores experientes, com uma média de $25,6 \pm 8,7$ anos de formado; doutorado há mais de oito anos (54,4%), e somente um deles com pós-doutorado finalizado em 2008 (Tabela 2), com atuação desempenhada em universidades públicas, tendo em média $16,4 \pm 9,6$ anos de tempo no local de trabalho.

5.2 Caracterização das respostas dos especialistas com relação a Identificação, Auto Caracterização e dos Componentes da Avaliação Multidimensional, Síntese da Pontuação e Potencial de Adesão

Para melhor visualização da análise descritiva do julgamento dos 11 especialistas, quanto a clareza e pertinência, o instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica, foi dividido em 03 partes: Identificação e Auto Caracterização; 05 Componentes da Avaliação Multidimensional (componente mental, relacional, comportamental, físico e auto regulatório); e, Síntese da Pontuação e Potencial de Adesão.

5.2.1 Análise descritiva do julgamento dos 11 especialistas com relação aos itens Identificação e Auto Caracterização

A Tabela 3 representa a análise descritiva do julgamento dos especialistas em relação aos itens: Identificação e Auto caracterização, que compõem o instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica.

Tabela 3 – Médias das respostas dos especialistas (11), referente a clareza* e a pertinência dos itens Identificação e Auto Caracterização. São Paulo, 2017.**

	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Máximo	Percentis		
					Q1	Mediana	Q3
CLAREZA							
IDENTIFICAÇÃO							
Dados Pessoais	4,64	0,505	4	5	4,00	5,00	5,00
Recursos Socioeconômicos	4,27	0,905	3	5	3,00	5,00	5,00
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,18	0,751	3	5	4,00	4,00	5,00
Fale de sua Vida	4,18	0,751	3	5	4,00	4,00	5,00
Descreva o seu cotidiano	4,36	1,027	2	5	4,00	5,00	5,00
Regime Terapêutico	3,36	1,567	1	5	2,00	4,00	5,00
PERTINÊNCIA							
IDENTIFICAÇÃO							
Dados Pessoais	4,55	0,688	3	5	4,00	5,00	5,00
Recursos Socioeconômicos	4,45	0,820	3	5	4,00	5,00	5,00
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,18	0,982	2	5	4,00	4,00	5,00
Fale de sua Vida	4,09	1,044	2	5	3,00	4,00	5,00
Descreva o seu cotidiano	4,27	0,905	3	5	3,00	5,00	5,00
Regime Terapêutico	4,73	0,467	4	5	4,00	5,00	5,00

* CLAREZA: 1. Totalmente incompreensível, 2. Incompreensível, 3. Nem incompreensível e nem compreensível, 4. Compreensível, 5. Totalmente compreensível.

** PERTINÊNCIA: 1. Nada pertinente, 2. Pouco pertinente, 3. Pertinente, 4. Muito pertinente, 5. MUITÍSSIMO PERTINENTE, Q1 Primeiro Quartil e Q3 Terceiro Quartil.

Do total de 06 questões que compõem os grupos de Identificação e Auto Caracterização, observou-se que, com relação a clareza, as médias das notas foram acima de 4, o que corresponde ao termo *compreensível* na escala de Likert adotada, em 05 questões.

Outras análises realizadas foram 1º Quartil (Q1), mediana e 3º Quartil (Q3) para as respostas de cada questão. Os quartis são valores que separam a distribuição das respostas observadas em 25, 50 e 75%. Assim, foi verificado que com relação a clareza, o Q1 variou de 2 a 4, a mediana de 4 e 5 e o Q3 foi igual a 5. Demonstrando mais uma vez, a superioridade das respostas acima de 4, ou seja, *compreensível* na escala de Likert.

Com relação a pertinência (Tabela 3), ou seja, adequação conceitual dos itens em análise, essa diferença foi superior, as 06 questões tiveram a média maior que 4, sendo assim, considerado como *muito pertinente*. Indícios de que as questões estão adequadas para a aplicação.

A Tabela 3 demonstrou ainda que, apesar de notas mínimas iguais a 2 (*pouco pertinente* na escala Likert), Q1 variou de 3 a 4, a mediana de 4 e 5 e o Q3 foi igual a 5, confirmando mais uma vez que as notas acima de 3 (*pertinente* na escala Likert) foram superiores.

5.2.2 Análise descritiva do julgamento dos 11 especialistas com relação aos Componentes da Avaliação Multidimensional

A Tabela 4 representa a análise descritiva dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional, sendo os seguintes: Componente Mental, Componente Relacional, Componente Comportamental, Componente Físico, Componente Auto Regulatório.

Tabela 4 – Médias das respostas dos especialistas (11), com relação a clareza* dos Componentes da Avaliação Multidimensional. São Paulo, 2017.

Componentes da Avaliação Multidisciplinar	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Máximo	Percentis		
					Q1	Mediana	Q3
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	3,55	1,368	1	5	3,00	3,00	5,00
Habilidades cognitivas	3,91	1,446	1	5	3,00	5,00	5,00
Tomada de decisão Lúcida	4,36	1,027	2	5	4,00	5,00	5,00
Esquema de pensamentos e crenças	3,64	1,206	2	5	3,00	3,00	5,00
SUBTOTAL	4,18	0,982	2	5	4,00	4,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	3,91	1,578	1	5	2,00	5,00	5,00
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	3,82	1,328	2	5	2,00	4,00	5,00
Capacidade de estabelecer vínculos	4,09	1,136	2	5	3,00	5,00	5,00
Habilidades sociais	4,45	0,820	3	5	4,00	5,00	5,00
Respostas Emocionais	4,18	0,874	3	5	3,00	4,00	5,00
SUBTOTAL	4,27	1,009	2	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,36	1,027	2	5	4,00	5,00	5,00
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	3,45	1,293	1	5	3,00	3,00	5,00
Organização do cotidiano	3,73	1,421	1	5	2,00	4,00	5,00
Utilização de recursos afetivos e materiais	3,73	1,489	1	5	2,00	4,00	5,00
Comportamentos em saúde	3,82	1,328	2	5	2,00	4,00	5,00
SUBTOTAL	4,27	1,009	2	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,27	1,009	2	5	4,00	5,00	5,00
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	3,91	1,221	2	5	3,00	4,00	5,00
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	3,91	1,514	1	5	2,00	5,00	5,00
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	3,91	1,136	2	5	3,00	4,00	5,00
Dependência/independência de cuidados especiais	3,91	1,514	1	5	2,00	5,00	5,00
SUBTOTAL	4,45	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,27	1,191	2	5	4,00	5,00	5,00
Antecedentes Clínicos	4,00	1,265	1	5	3,00	4,00	5,00
Exame Físico Dirigido	3,82	1,601	1	5	3,00	5,00	5,00
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	3,45	1,695	1	5	2,00	4,00	5,00
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,00	1,265	2	5	3,00	5,00	5,00
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,09	0,944	3	5	3,00	4,00	5,00
Comprometimento com o tratamento	3,91	1,446	1	5	3,00	5,00	5,00
SUBTOTAL	4,45	0,820	3	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,27	1,104	2	5	3,00	5,00	5,00

Das 32 questões, que compõem os 05 componentes, observou-se que, com relação à clareza, as médias das notas foram acima de 4, o que corresponde a *compreensível* na escala de Likert adotada, em 16 questões. Porém, a outra metade das questões, obtiveram médias maiores que 3 (o que corresponde a *nem incompreensível e nem compreensível* na escala de Likert). O que se justifica ao avaliar as notas mínimas, entre 1 e 2, em 03 dos 05 componentes (Tabela 4).

O mesmo pode ser observado ao avaliar os quartis (Tabela 4), o Q1 variou de 2 a 4, a mediana ficou entre 3 e 5; e o Q3 foi igual a 5.

Tabela 5 - Médias das respostas dos especialistas (11), com relação a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional. São Paulo, 2017.**

Componentes da Avaliação Multidisciplinar	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Máximo	Percentis		
					Q1	Mediana	Q3
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	4,73	0,647	3	5	5,00	5,00	5,00
Habilidades cognitivas	4,73	0,467	4	5	4,00	5,00	5,00
Tomada de decisão Lúcida	4,73	0,467	4	5	4,00	5,00	5,00
Esquema de pensamentos e crenças	4,55	0,688	3	5	4,00	5,00	5,00
SUBTOTAL	4,64	0,505	4	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,36	0,924	3	5	3,00	5,00	5,00
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	4,45	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
Capacidade de estabelecer vínculos	4,45	1,036	2	5	4,00	5,00	5,00
Habilidades sociais	4,45	0,820	3	5	4,00	5,00	5,00
Respostas Emocionais	4,64	0,674	3	5	4,00	5,00	5,00
SUBTOTAL	4,27	1,009	2	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,36	1,027	2	5	4,00	5,00	5,00
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	4,36	0,924	2	5	4,00	5,00	5,00
Organização do cotidiano	4,45	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
Utilização de recursos afetivos e materiais	4,36	1,027	2	5	4,00	5,00	5,00
Comportamentos em saúde	4,55	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
SUBTOTAL	4,27	1,009	2	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,45	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	4,36	1,027	2	5	4,00	5,00	5,00
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	4,55	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	4,64	0,674	3	5	4,00	5,00	5,00
Dependência/independência de cuidados especiais	4,18	1,401	1	5	4,00	5,00	5,00
SUBTOTAL	4,55	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,55	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
Antecedentes Clínicos	4,09	1,300	1	5	3,00	5,00	5,00
Exame Físico Dirigido	3,82	1,601	1	5	3,00	5,00	5,00
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	4,18	1,250	2	5	3,00	5,00	5,00
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,45	1,036	2	5	4,00	5,00	5,00
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,73	,647	3	5	5,00	5,00	5,00
Comprometimento com o tratamento	4,73	,647	3	5	5,00	5,00	5,00
SUBTOTAL	4,45	,820	3	5	4,00	5,00	5,00
Problemas Identificados/Referidos	4,45	,820	3	5	4,00	5,00	5,00

Quanto a pertinência (Tabela 5), ocorreu o contrário, das 32 questões avaliadas, pelos 11 especialistas, 31 obtiveram a média maior que 4, o que corresponde a muito *pertinente* na escala de Likert utilizada.

Notou-se o mesmo ao observar os quartis, que apesar de existir notas mínimas entre 1 e 3, principalmente no componente físico, Q1 permaneceu entre 2 e 5, e a mediana, assim como o Q3 foram iguais a 5.

5.2.3 Análise descritiva do julgamento dos 11 especialistas com relação a Síntese da Pontuação e o Potencial de Adesão

A Tabela 6 representa a análise descritiva do julgamento dos especialistas, quanto a clareza e a pertinência, da última parte que compõem o instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão, a Síntese da Pontuação e o Potencial de Adesão.

Tabela 6 – Médias das respostas dos especialistas (11) referente a clareza e a pertinência da Síntese da Pontuação e do Potencial de Adesão. São Paulo, 2017.

	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Máximo	Percentis		
					Q1	Mediana	Q3
CLAREZA							
SÍNTESE DA PONTUAÇÃO	4,36	0,924	2	5	4,00	5,00	5,00
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 – 36/Nível: Muito Baixo	4,36	0,924	2	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 37 - 53/Nível: Baixo	4,36	0,924	2	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 54 - 70/Nível: Regular	4,64	0,505	4	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 71 - 87/Nível: Alto	4,45	0,688	3	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 88 - 100/Nível: Muito Alto	4,45	0,688	3	5	4,00	5,00	5,00
PERTINÊNCIA							
SÍNTESE DA PONTUAÇÃO	4,45	0,934	2	5	4,00	5,00	5,00
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 – 36/Nível: Muito Baixo	4,73	0,467	4	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 37 - 53/Nível: Baixo	4,73	0,467	4	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 54 - 70/Nível: Regular	4,73	0,467	4	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 71 - 87/Nível: Alto	4,73	0,467	4	5	4,00	5,00	5,00
Pontos: 88 - 100/Nível: Muito Alto	4,64	0,505	4	5	4,00	5,00	5,00

A síntese da pontuação e o potencial de adesão somam juntos 06 questões, e de acordo com as avaliações dos 11 especialistas, observou-se que, com relação a clareza (Tabela 6), as médias das notas foram acima de 4, o que corresponde a *compreensível* na escala de Likert adotada, em todas as questões. As notas mínimas ficaram entre 2 e 4, o Q1 foi igual a 4, e a mediana, assim como, Q3 foram iguais a 5.

Com relação a pertinência (Tabela 6), constatou-se que das 06 questões avaliadas, todas obtiveram a média maior que 4, o que condiz a *muito pertinente* na escala de Likert adotada. Na Síntese da Pontuação a nota mínima foi 2; e no Potencial de Adesão foi 4. Referente aos percentis, Q1 foi 4, e a mediana, assim como o Q3 foram iguais a 5.

5.2.4 Análise da Correlação Intraclasse e do Alfa de Cronbach

Para a validação do instrumento com relação à clareza e a pertinência, as variáveis foram agrupadas em 03 itens: Auto Caracterização; os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional (componente mental, relacional, comportamental, físico e auto regulatório); e o Potencial de Adesão.

Em se tratando do processo de julgamento dos itens que compõem o instrumento, foram utilizadas a Correlação Intraclasse (ICC), com o intuito de verificar a convergência das avaliações dos especialistas relativas aos diferentes tópicos constitutivos do instrumento; e o teste Alfa de Cronbach para avaliar as medidas de confiabilidade e a consistência interna.

Tabela 7 – Análise da Correlação Intraclasse e do Alfa de Cronbach referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, dos Componentes da avaliação Multidimensional e do Potencial de Adesão. São Paulo, 2017.

	Correlação Intraclasse*	IC** LI	95% LS	p-valor	Alfa de Cronbach***
CLAREZA					
Auto Caracterização	0,308	0,031	0,671	0,013	0,695
Componente Mental	0,357	0,071	0,706	0,005	0,702
Componente Relacional	0,632	0,381	0,858	0,000	0,899
Componente Comportamental	0,566	0,305	0,824	0,000	0,875
Componente Físico	0,620	0,366	0,851	0,000	0,885
Componente Auto Regulatório	0,515	0,282	0,787	0,000	0,879
Potencial De Adesão	0,702	0,469	0,890	0,000	0,920
PERTINÊNCIA					
Auto Caracterização	0,571	0,281	0,832	0,000	0,866
Componente Mental	0,772	0,551	0,922	0,000	0,933
Componente Relacional	0,755	0,544	0,912	0,000	0,936
Componente Comportamental	0,884	0,757	0,962	0,000	0,974
Componente Físico	0,633	0,381	0,858	0,000	0,895
Componente Auto Regulatório	0,345	0,134	0,666	0,000	0,799
Potencial De Adesão	0,919	0,825	0,974	0,000	0,983

* ICC pobre (<0,4); razoável (entre 0,4 e 0,59); bom (entre 0,6 e 0,74); excelente (>0,75)

**Intervalo de Confiança. LI: Limite Inferior. LS: Limite Superior.

***alfa de Cronbach inaceitável (< 0,5); pobre (entre 0,5 e 0,6); razoável (entre 0,6 e 0,7); aceitável (entre 0,7 e 0,8); bom (entre 0,8 e 0,9); e excelente (> 0,9).

Na Tabela 7, a análise da confiabilidade, referente a clareza, demonstrou que com relação a Auto Caracterização, o ICC foi considerado pobre (ICC < 0,30 - IC95%: 0,03 a 0,67), o que corrobora com o resultado de $p > 0,005$. O que demonstra a necessidade de melhorias nas questões com relação a condição de entendimento.

Ainda referente a Tabela 7, ao analisar a correlação Intraclasse dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional, observou-se que com relação a clareza, 02 componentes, o relacional e o físico, foram considerados bons (ICC entre 0,6 e 0,7); os componentes, comportamental e auto regulatório foram considerados razoáveis; e o componente mental apresentou-se como pobre (ICC: 0,35 – IC 95%:

0,071 a 0,706). Porém, o valor de p foi significativo ($p < 0,005$) para a condição de entendimento nos 05 componentes. Quanto ao Potencial de Adesão, ao analisar a confiabilidade, o ICC foi $> 0,702$, sendo considerado como excelente quanto a condição de entendimento.

Como mencionado, a consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach (Tabela 7), e com relação a clareza, observou-se que somente o grupo Auto Caracterização foi considerado razoável (alfa de Cronbach: 0,69); os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão foram considerados como aceitáveis (Alfa de Cronbach: $>0,7$).

Com relação a pertinência (Tabela 7), ao analisar a Auto Caracterização, observou-se ICC como razoável (ICC 0,571 – IC95%: 0,28 a 0,83), entretanto, identificou-se significância estatística ($p = 0,000$), o que comprova e demonstra a compreensão semântica quanto à formulação da questão.

A Tabela 07, demonstrou ainda que, com relação aos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional, o componente auto regulatório foi considerado pobre (ICC: 0,34 – IC95%: 0,13 a 0,66); o componente físico foi considerado bom (ICC: 0,63 – IC95%: 0,38 a 0,85); e os componentes mental, relacional e comportamental foram considerados excelentes (ICC $> 0,75$). Porém, se observado o valor de p , os 05 componentes apresentaram $p < 0,005$, ou seja, significância quanto à adequação conceitual. E o potencial de adesão foi considerado excelente (ICC $> 0,75$) quanto a pertinência das questões.

5.2.5 Correlação das variáveis Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com relação a clareza e a pertinência, com o tempo de formado

Outra análise realizada foi a comparação, entre as respostas dos especialistas, com relação a clareza e a pertinência, com base no tempo de formado. Para tanto, em função de suas medianas, o tempo de formado foi separado em 02 grupos, o primeiro com menos de 27 anos de formado, composto por 06 especialistas e o segundo com mais de 27 anos de formado, composto por 05 especialistas.

Tabela 8 – Correlação das respostas dos especialistas, referente a Auto Caracterização, com o tempo de formação (06 especialistas com menos de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.

Tempo de Formado (< 27anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
CLAREZA							
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,17	0,983	0,318	-0,040	0,812	0,045	0,722
Fale da sua vida	4,17	0,983					
Descreva o seu cotidiano	4,00	1,265					
Regime Terapêutico	2,83	1,722					
PERTINÊNCIA							
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,00	1,265	0,672	0,300	0,935	0,000	0,904
Fale de sua Vida	4,00	1,265					
Descreva o seu cotidiano	4,17	0,983					
Regime Terapêutico	4,67	0,516					

Com relação a clareza, a Tabela 08 demonstrou que, referente aos especialistas com menos de 27 anos de formado, das 04 questões da Auto Caracterização, as médias das notas foram maior que 4 (o que corresponde a *compreensível* na escala de Likert) em 03 questões. Entretanto, quando analisado a Correlação Intraclasse, as questões foram consideradas pobres (ICC: 0,31), corroborando com o valor de $p > 0,005$. E com relação a consistência interna, o alfa de Cronbach foi considerado aceitável (alfa de Cronbach: 0,72).

Na tabela 08, observou-se ainda que, quanto a pertinência, para os 06 especialistas, as médias das notas foram maior que 4 (o que corresponde a *compreensível* na escala de Likert) em todas as questões. Em relação a ICC, as questões foram consideradas boas (ICC entre 0,6 e 0,74), com valor de p significativa para a pertinência das questões. E o alfa de Cronbach também demonstrou que as questões são *pertinentes*, sendo consideradas excelentes (alfa de Cronbach: > 0,90).

Ao realizar a análise descritiva dos 05 componentes da avaliação multidimensional e o potencial de adesão, com relação a clareza, dos 06 especialistas com menos de 27 anos de formado (Tabela 09), observou-se que a média variou muito de acordo com o componente.

Tabela 9 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e do Potencial de Adesão, com o tempo de formação (06 especialistas com menos de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.

Tempo de Formado (< 27anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	3,17	1,602	0,128	-0,153	0,694	0,214	0,385
Habilidades cognitivas	3,67	1,633					
Tomada de decisão Lúcida	4,50	0,837					
Esquema de pensamentos e crenças	3,67	1,211					
Problemas Identificados/Referidos	4,00	1,673					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	3,83	1,169	0,423	0,087	0,850	0,004	0,765
Capacidade de estabelecer vínculos	4,17	0,983					
Habilidades sociais	4,50	0,837					
Respostas Emocionais	4,00	0,894					
Problemas Identificados/Referidos	4,50	0,837					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	3,00	1,095	0,300	-0,001	0,789	0,025	0,711
Organização do cotidiano	3,50	1,643					
Utilização de recursos afetivos e materiais	3,67	1,506					
Comportamentos em saúde	3,83	1,169					
Problemas Identificados/Referidos	4,33	0,816					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	4,00	0,894	0,256	-0,028	0,763	0,044	0,574
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	4,00	1,549					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	3,83	0,983					
Dependência/independência de cuidados especiais	4,00	1,549					
Problemas Identificados/Referidos	4,33	1,211					
Antecedentes Clínicos	4,33	0,816					
Exame Físico Dirigido	3,83	1,602					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	3,00	1,897	0,334	0,070	0,794	0,003	0,778
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,00	1,265					
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,17	0,983					
Comprometimento com o tratamento	3,83	1,602					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/ Nível: Muito Baixo	4,33	1,211	0,644	0,304	0,925	0,000	0,896
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,33	1,211					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,83	0,408					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,50	0,837					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,50	0,837					

Dos 06 grupos avaliados na Tabela 09, 03 apresentaram a média das notas maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert); o componente físico, em 05 das 07 questões que o compõem; o componente relacional, em 4 das 05 questões que o constitui; e o potencial de adesão em todas das questões. Referente aos outros 03 grupos, o componente mental obteve nota maior que 3 (*nem incompreensível e nem compreensível* na escala de Likert), em 03 das 05 questões que o constitui; o componente comportamental em 04 questões das 05 o formam; e o componente auto regulatório obteve a média maior que 3, em metade das questões.

Quanto a Correlação Intraclasse, ainda referente aos 06 especialistas com menos de 27 anos de formado e a clareza das questões, notou-se que os componentes mental, comportamental, físico e auto regulatório foram considerados pobres (ICC <0,4); o componente relacional foi considerado razoável (ICC: 0,42 – IC95%: 0,08 a 0,85); e o Potencial de Adesão foi considerado bom (ICC: 0,64 – IC95%: 0,30 a 0,92). No entanto, se observado o valor de p , foi significativo quanto a condição de entendimento (< 0,005) em metade dos grupos avaliados na Tabela 09 (componente relacional, auto regulatório, e o potencial de adesão).

Com relação a consistência interna, a análise dos 06 grupos, avaliados pelos 06 especialistas com menos de 27 anos de formado, apresentou o alfa de Cronbach aceitável (> 0,7) para a condição de entendimento, em 04 dos 06 grupos avaliados (Tabela 09).

A Tabela 10, demonstra a análise dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, com relação a pertinência, realizada pelos 06 especialistas com menos de 27 anos de formado.

Tabela 10 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e do Potencial de Adesão, com o tempo de formação (06 especialistas com menos de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.

Tempo de Formado (< 27anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	4,83	0,408	0,783	0,470	0,960	0,000	0,935
Habilidades cognitivas	4,83	0,408					
Tomada de decisão Lúcida	4,83	0,408					
Esquema de pensamentos e crenças	4,67	0,516					
Problemas Identificados/Referidos	4,00	1,673					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	4,67	0,516	0,440	0,101	0,857	0,003	0,799
Capacidade de estabelecer vínculos	4,83	0,408					
Habilidades sociais	4,50	0,837					
Respostas Emocionais	4,83	0,408					
Problemas Identificados/Referidos	4,50	0,837					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	4,50	0,548	0,656	0,319	0,929	0,000	0,897
Organização do cotidiano	4,50	0,548					
Utilização de recursos afetivos e materiais	4,33	0,816					
Comportamentos em saúde	4,67	0,516					
Problemas Identificados/Referidos	4,33	0,816					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	4,67	0,516	0,135	-0,095	0,671	0,155	0,401
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	4,67	0,516					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	4,83	0,408					
Dependência/independência de cuidados especiais	4,17	1,602					
Problemas Identificados/Referidos	4,33	1,211					
Antecedentes Clínicos	4,33	0,816					
Exame Físico Dirigido	3,83	1,602					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	3,83	1,472	0,195	-0,012	0,692	0,036	0,683
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,83	0,408					
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,83	0,408					
Comprometimento com o tratamento	4,83	0,408					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/Nível: Muito Baixo	4,83	0,408	0,821	0,569	0,968	0,000	0,958
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,83	0,408					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,83	0,408					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,83	0,408					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,67	0,516					

Observou-se na Tabela 10 que, com relação a análise descritiva, as médias das notas foram maior que 3 (*pertinente* na escala de Likert) em todas das questões.

Com relação a Correlação Intraclasse (Tabela 10), os componentes, físico e auto regulatório foram considerados pobres (ICC < 0,4); o componente relacional foi considerado razoável (ICC: 0,44 – IC95%: 0,10 a 0,85); o componente comportamental foi considerado bom (ICC: 0,65 - IC95%: 0,31 a 0,92); o componente mental e o potencial de adesão foram considerados excelentes (ICC > 0,7). No entanto, se observado o valor de *p*, o componente mental, relacional, comportamental e o potencial de adesão foram significantes quanto à adequação conceitual.

No que diz respeito ao alfa de Cronbach, dos 06 grupos avaliados pelos 06 especialistas com menos de 27 anos de formado, os componentes mental, relacional e comportamental, e o Potencial de Adesão apresentaram-se como aceitáveis (alfa de Cronbach entre 0,7 e 0,8) com relação a pertinência.

Tabela 11 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, com o tempo de formação (05 especialistas com mais de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.

Tempo de Formado (> 27anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p- valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
CLAREZA							
Para iniciar o atendimento	4,20	0,447	0,221	-0,123	0,814	0,127	0,577
Fale da sua vida	4,20	0,447					
Descreva o seu cotidiano	4,80	0,447					
Regime Terapêutico	4,00	1,225					
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
PERTINÊNCIA							
Para iniciar o atendimento	4,00	1,265	0,367	-0,033	0,874	0,039	0,698
Fale de sua Vida	4,00	1,265					
Descreva o seu cotidiano	4,17	0,983					
Regime Terapêutico	4,67	0,516					

Ainda com relação ao tempo de formado, porém agora com especialistas com mais de 27 anos de formado (Tabela 11), observou-se que as médias das notas foram acima de 4 (*compreensível* na escala de Likert), com relação a clareza e a pertinência.

Contudo, ao analisar a Correlação Intraclasse, tanto a clareza, quanto a pertinência apresentaram-se como pobres ($ICC < 0,4$). O mesmo pode ser observado com relação ao alfa de Cronbach, referente a clareza, a consistência interna foi considerada pobre (entre 0,5 e 0,6); e relacionado a pertinência, foi considerado razoável.

Tabela 12 – Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo de formação (05 especialistas com mais de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.

Tempo de Formado (> 27anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	4,00	1,000	0,764	0,401	0,968	0,000	0,930
Habilidades cognitivas	4,20	1,304					
Tomada de decisão Lúcida	4,20	1,304					
Esquema de pensamentos e crenças	3,60	1,342					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	3,80	1,643	0,859	0,613	0,982	0,000	0,974
Capacidade de estabelecer vínculos	4,00	1,414					
Habilidades sociais	4,40	0,894					
Respostas Emocionais	4,40	0,894					
Problemas Identificados/Referidos	4,40	0,894					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	4,00	1,414	0,886	0,673	0,985	0,000	0,972
Organização do cotidiano	4,00	1,225					
Utilização de recursos afetivos e materiais	3,80	1,643					
Comportamentos em saúde	3,80	1,643					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	3,80	1,643	0,915	0,745	0,989	0,000	0,981
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	3,80	1,643					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	4,00	1,414					
Dependência/independência de cuidados especiais	3,80	1,643					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
Antecedentes Clínicos	3,60	1,673					
Exame Físico Dirigido	3,80	1,789					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	4,00	1,414	0,786	0,507	0,970	0,000	0,957
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,00	1,414					
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,00	1,000					
Comprometimento com o tratamento	4,00	1,414					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/ Nível: Muito Baixo	4,40	0,548	1,000	1,000	1,000	-	1,000
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,40	0,548					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,40	0,548					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,40	0,548					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,40	0,548					

Ao realizar a análise descritiva dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, com relação a clareza, dos 05 especialistas com mais de 27 anos de formado (Tabela 12), observou-se que dos 06 grupos avaliados, o componente auto regulatório e o Potencial de Adesão obtiveram a média das notas maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert) em todas as questões. Com relação aos outros 04 grupos, as notas das médias das questões variaram entre 3 (*nem incompreensível e nem compreensível* na escala de Likert) e 4.

Quanto a Correlação Intraclasse, ainda referente aos 05 especialistas com mais de 27 anos de formado e a clareza das questões, notou-se que os 06 grupos foram considerados excelentes ($ICC > 0,75$) quanto a condição de entendimento. O que corrobora com o valor de $p < 0,005$ significativo para a condição de entendimento de todas as questões.

O mesmo foi evidenciado com relação a consistência interna, ao avaliar os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, realizada pelos 05 especialistas com tempo de formado maior que 27 anos, o qual apresentou o alfa de Cronbach excelente ($> 0,9$) para a condição de entendimento, em todos os grupos (Tabela 12).

Tabela 13 - Correlação das respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo de formação (05 especialistas com mais de 27 anos de formado). São Paulo, 2017.

Tempo de Formado (> 27anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	4,60	0,894	0,783	0,433	0,971	0,000	0,926
Habilidades cognitivas	4,60	0,548					
Tomada de decisão Lúcida	4,60	0,548					
Esquema de pensamentos e crenças	4,40	0,894					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	4,20	1,304	0,919	0,755	0,990	0,000	0,985
Capacidade de estabelecer vínculos	4,00	1,414					
Habilidades sociais	4,40	0,894					
Respostas Emocionais	4,40	0,894					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	4,20	1,304	0,966	0,888	0,996	0,000	0,993
Organização do cotidiano	4,40	1,342					
Utilização de recursos afetivos e materiais	4,40	1,342					
Comportamentos em saúde	4,40	1,342					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	4,00	1,414	0,913	0,738	0,989	0,000	0,981
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	4,40	1,342					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	4,40	0,894					
Dependência/independência de cuidados especiais	4,20	1,304					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
Antecedentes Clínicos	3,60	1,673					
Exame Físico Dirigido	3,80	1,789					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	4,60	0,894	0,480	0,156	0,899	0,000	0,865
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,00	1,414					
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,60	0,894					
Comprometimento com o tratamento	4,60	0,894					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/Nível: Muito Baixo	4,60	0,548	1,000	1,000	1,000	.	1,000
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,60	0,548					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,60	0,548					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,60	0,548					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,60	0,548					

A Tabela 13, demonstrou a avaliação dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, com relação a pertinência, realizada pelos 05 especialistas com mais de 27 anos de formado. Observou-se que, com relação a análise descritiva, as médias das notas foram maior que 3 (*pertinente* na escala de Likert) em todas as questões.

Referente a Correlação Intraclasse, observou-se que dos 06 grupos avaliados pelos especialistas com mais de 27 anos de formado, os componentes, mental, relacional, comportamental, físico, e o Potencial de adesão foram considerados excelentes ($ICC > 0,75$) com relação a pertinência das questões. Somente o componente auto regulatório foi considerado razoável (ICC entre 0,4 e 0,59). Porém, quando avaliado o valor de p , notou-se que foi significativo quanto à adequação conceitual.

No que diz respeito ao alfa de Cronbach, dos 06 grupos avaliados pelos 05 especialistas com mais de 27 anos de formado, os componentes, mental, relacional, comportamental, físico, e o Potencial de adesão apresentaram-se como excelentes (alfa de Cronbach $> 0,9$); e o componente auto regulatório apresentou-se como bom (alfa de Cronbach entre 0,8 e 0,9) em relação a pertinência.

5.2.6 Correlação das respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo lugar de atuação

Outra análise realizada foi a comparação, entre as respostas dos especialistas, com relação a clareza e a pertinência, com base no tempo no mesmo local de atuação. Para tanto, em função de suas medianas, o tempo no mesmo local de atuação ficou dividido em um grupo com menos de 14 anos de atuação, formado por 05 especialistas, e o outro com mais de 14 anos, com 06 especialistas.

Tabela 14 – Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, e o tempo no mesmo local de atuação (05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.

Tempo no local de trabalho (< 14 anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p- valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
CLAREZA							
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,00	0,707	0,693	0,291	0,956	0,000	0,915
Fale da sua vida	4,00	0,707					
Descreva o seu cotidiano	4,40	0,894					
Regime Terapêutico	4,40	0,548					
PERTINÊNCIA							
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,20	0,837	0,738	0,358	0,963	0,000	0,933
Fale de sua Vida	4,20	0,837					
Descreva o seu cotidiano	4,00	1,000					
Regime Terapêutico	4,60	0,548					

Na Tabela 14 observou-se que, com relação a análise descritiva, as médias das notas foram maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert) em todas as questões, com relação a clareza e a pertinência.

Da mesma forma, ao analisar a Correlação Intraclasse, tanto a clareza, quanto a pertinência apresentaram-se como boas (ICC entre 0,6 e 0,74) em todas as questões. O mesmo pode ser observado com relação ao alfa de Cronbach, referente a clareza e a pertinência, a consistência interna foi considerada excelente (> 0,9) em todas as questões.

A Tabela 15, demonstra a avaliação dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, com relação a clareza, realizada pelos 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho.

Tabela 15 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.

Tempo no local de trabalho (< 14 anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	4,20	1,304	0,595	0,168	0,936	0,002	0,922
Habilidades cognitivas	4,40	0,894					
Tomada de decisão Lúcida	4,60	0,548					
Esquema de pensamentos e crenças	3,40	1,140					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	3,60	1,140	0,613	0,235	0,938	0,000	0,883
Capacidade de estabelecer vínculos	4,00	1,414					
Habilidades sociais	4,40	0,894					
Respostas Emocionais	4,00	1,000					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,095					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	3,60	1,140	0,867	0,632	0,983	0,000	0,972
Organização do cotidiano	4,00	1,225					
Utilização de recursos afetivos e materiais	4,00	1,225					
Comportamentos em saúde	4,00	1,225					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	4,00	1,225	0,561	0,180	0,926	0,001	0,847
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	4,00	1,225					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	4,00	1,000					
Dependência/independência de cuidados especiais	3,40	1,817					
Problemas Identificados/Referidos	4,00	1,225					
Antecedentes Clínicos	4,20	0,837					
Exame Físico Dirigido	4,00	1,000					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	3,60	1,673	0,651	0,322	0,944	0,000	0,918
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	3,80	1,304					
Compartilhamento do projeto terapêutico	3,80	0,837					
Comprometimento com o tratamento	4,00	1,000					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/ Nível: Muito Baixo	4,00	1,225	0,589	0,209	0,932	0,000	0,871
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,00	1,225					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,60	0,548					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,20	0,837					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,20	0,837					

Com relação a análise descritiva (Tabela 15), somente o grupo Potencial de Adesão obteve a média das notas maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert). Quanto aos componentes mental, relacional, comportamental, físico e auto regulatório, as médias das notas de suas questões variaram entre 3 (*nem incompreensível e nem compreensível* na escala de Likert) e 4.

Quanto a Correlação Intraclasse, ainda referente aos 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho, e a clareza das questões, notou-se que dos 06 grupos avaliados na Tabela 15, os componentes, mental, físico, e o Potencial de Adesão foram considerados razoáveis (ICC entre 0,4 e 0,59); os componentes, relacional e auto regulatório foram considerados bons (ICC entre 0,6 e 0,74); e o componente comportamental foi considerado excelente (ICC: 0,86 – IC95%: 0,63 a 0,98). Contudo, os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão foram considerados significantes ($p < 0,005$) em relação a clareza.

Com relação a consistência interna, ao analisar os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, avaliados pelos 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho, observou-se que os 06 grupos se apresentaram como bons (alfa de Cronbach entre 0,8 e 0,9) para a condição de entendimento das questões (Tabela 15).

Tabela 16 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.

Tempo no local de trabalho (< 14 anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p- valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	4,80	0,447	0,644	0,226	0,946	0,001	0,889
Habilidades cognitivas	4,60	0,548					
Tomada de decisão Lúcida	4,60	0,548					
Esquema de pensamentos e crenças	4,40	0,548					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	4,00	1,225	0,883	0,668	0,985	0,000	0,974
Capacidade de estabelecer vínculos	4,20	1,304					
Habilidades sociais	4,40	0,894					
Respostas Emocionais	4,40	0,894					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	4,00	1,225	0,974	0,913	0,997	0,000	0,995
Organização do cotidiano	4,00	1,225					
Utilização de recursos afetivos e materiais	4,00	1,225					
Comportamentos em saúde	4,00	1,225					
Problemas Identificados/Referidos	4,00	1,225					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	4,00	1,225	0,565	0,184	0,927	0,001	0,862
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	4,00	1,225					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	4,40	0,894					
Dependência/independência de cuidados especiais	3,40	1,817					
Problemas Identificados/Referidos	3,80	1,643					
Antecedentes Clínicos	4,20	0,837					
Exame Físico Dirigido	4,00	1,000					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	3,80	1,304	0,616	0,283	0,936	0,000	0,912
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,40	0,894					
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,40	0,894					
Comprometimento com o tratamento	4,40	0,894					
Problemas Identificados/Referidos	4,20	1,304					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/ Nível: Muito Baixo	4,60	0,548	0,867	0,630	0,983	0,000	0,970
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,60	0,548					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,60	0,548					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,60	0,548					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,40	0,548					

Ao realizar a análise descritiva dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, com relação a pertinência, dos 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho (Tabela 16), observou-se que os 06 grupos avaliados obtiveram as médias das notas maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert) para suas questões.

Quanto a Correlação Intraclasse, ainda referente aos 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho e a pertinência das questões, notou-se que o componente físico foi considerado razoável (ICC: 0,56 – IC 95%: 0,18 e 0,9); os componentes, mental e auto regulatório foram considerados bons (ICC entre 0,6 e 0,74); e os componentes, relacional, comportamental, e o Potencial de Adesão foram considerados excelentes (ICC >0,75). Porém, ao observar o valor de p , os 06 grupos foram considerados pertinentes quanto as questões do instrumento.

O mesmo foi evidenciado com relação a consistência interna (Tabela 16), ao avaliar os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, realizada pelos 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho, o qual apresentou o alfa de Cronbach bom (entre 0,8 e 0,9) nos componentes, mental e físico; e apresentou o alfa de Cronbach excelente (>0,9) para a adequação conceitual, nos componentes, relacional, comportamental, auto regulatório, e o Potencial de Adesão.

Ainda com relação ao tempo no local de trabalho, porém agora com os 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho, demonstrou-se na Tabela 17, a análise dos itens da Auto Caracterização, com relação a clareza e a pertinência.

Tabela 17 – Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza e a pertinência da Auto Caracterização, com o tempo no mesmo local de atuação (06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.

Tempo no local de trabalho (> 14 anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p- valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
CLAREZA							
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,33	0,816	0,237	-0,092	0,769	0,094	0,774
Fale da sua vida	4,33	0,816					
Descreva o seu cotidiano	4,33	1,211					
Regime Terapêutico	2,50	1,643					
PERTINÊNCIA							
AUTO CARACTERIZAÇÃO							
Para iniciar o atendimento	4,17	1,169	0,518	0,124	0,891	0,004	0,837
Fale de sua Vida	4,00	1,265					
Descreva o seu cotidiano	4,50	0,837					
Regime Terapêutico	4,83	0,408					

A análise descritiva com relação a clareza (Tabela 17), evidenciou que, das 04 questões da Auto Caracterização, 03 alcançaram as médias das notas superior a 4 (*compreensível* na escala de Likert adotada).

No que diz respeito a Correlação Intraclasse, as questões da Auto Caracterização, com relação a clareza, foram consideradas pobres ($ICC < 0,4$), o que corrobora com o valor de $p > 0,005$. Porém, ao avaliar o alfa de Cronbach, a consistência interna foi aceitável (alfa de Cronbach entre 0,7 e 0,8) quanto a condição de entendimento.

Quanto a pertinência, ainda com relação a Tabela 17, observou-se que, ao realizar a análise descritiva, todas as questões, atingiram a média maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert). No entanto, notou-se que, referente a Correlação Intraclasse, as questões foram consideradas razoáveis (ICC entre 0,4 e 0,59). Todavia, o valor de p foi significativo, entendendo como pertinente as questões da Auto Caracterização. O mesmo foi observado ao avaliar o alfa de Cronbach, o qual as questões foram consideradas boas (alfa de Cronbach entre 0,8 e 0,9), com relação a adequação conceitual.

Tabela 18 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a clareza dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.

Tempo no local de trabalho (> 14 anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	3,00	1,265	0,248	-0,085	0,775	0,086	0,566
Habilidades cognitivas	3,50	1,761					
Tomada de decisão Lúcida	4,17	1,329					
Esquema de pensamentos e crenças	3,83	1,329					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	4,00	1,549	0,699	0,375	0,940	0,000	0,914
Capacidade de estabelecer vínculos	4,17	0,983					
Habilidades sociais	4,50	0,837					
Respostas Emocionais	4,33	0,816					
Problemas Identificados/Referidos	4,50	0,837					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	3,33	1,506	0,435	0,097	0,855	0,003	0,795
Organização do cotidiano	3,50	1,643					
Utilização de recursos afetivos e materiais	3,50	1,761					
Comportamentos em saúde	3,67	1,506					
Problemas Identificados/Referidos	4,50	0,837					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	3,83	1,329	0,708	0,388	0,942	0,000	0,927
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	3,83	1,835					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	3,83	1,329					
Dependência/independência de cuidados especiais	4,33	1,211					
Problemas Identificados/Referidos	4,83	0,408					
Antecedentes Clínicos	3,83	1,602					
Exame Físico Dirigido	3,67	2,066					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	3,33	1,862	0,489	0,187	0,869	0,000	0,869
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,17	1,329					
Compartilhamento do projeto terapêutico	4,33	1,033					
Comprometimento com o tratamento	3,83	1,835					
Problemas Identificados/Referidos	4,83	0,408					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/ Nível: Muito Baixo	4,67	0,516	1,000	1,000	1,000	-	1,000
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,67	0,516					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,67	0,516					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,67	0,516					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,67	0,516					

Ao realizar a análise descritiva dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, com relação a clareza, dos 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho (Tabela 18), observou-se que dos 06 grupos avaliados, o componente relacional e o Potencial de Adesão apresentaram as médias das notas maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert) em todas as suas questões. Quanto aos componentes mental, comportamental, físico e auto regulatório, as médias das notas de suas questões variaram entre 3 (*nem incompreensível e nem compreensível* na escala de Likert) e 4.

Quanto a Correlação Intraclasse, ainda referente aos 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho e a clareza das questões, notou-se que, o componente mental foi considerado pobre (ICC: 0,24 – IC95%: -0,08 a 0,77); os componentes, comportamental e auto regulatório foram considerados razoáveis (ICC entre 0,4 e 0,59); o componente relacional foi considerado bom (ICC: 0,69 – IC95%: 0,37 a 0,94); e o componente físico, e o Potencial de Adesão foram considerados excelentes (ICC >0,75). Porém, ao avaliar o p , os componentes, relacional, comportamental, físico e auto regulatório, e o Potencial de Adesão foram considerados significantes quanto a condição de entendimento.

Com relação a consistência interna (Tabela 18), ao avaliar os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, realizada pelos 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho, o componente mental foi considerado pobre (alfa de Cronbach: 0,56); o componente comportamental foi considerado aceitável (alfa de Cronbach: 0,79); o componente auto regulatório foi considerado bom (alfa de Cronbach: 0,86); e os componentes, relacional, físico, e o Potencial de Adesão foram considerados excelentes (alfa de Cronbach: > 0,9) para a condição de entendimento das questões.

Tabela 19 - Correlação entre as respostas dos especialistas, referente a pertinência dos Componentes da Avaliação Multidimensional e Potencial de Adesão, com o tempo no mesmo local de atuação (06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de atuação). São Paulo, 2017.

Tempo no local de trabalho (> 14 anos)	Média	Desv. Pad.	Correlação Intraclasse	IC 95%		p-valor	Alfa de Cronbach
				LI	LS		
COMPONENTE MENTAL							
Saúde Mental	4,67	0,816	0,867	0,636	0,977	0,000	0,963
Habilidades cognitivas	4,83	0,408					
Tomada de decisão Lúcida	4,83	0,408					
Esquema de pensamentos e crenças	4,67	0,816					
COMPONENTE RELACIONAL							
Auto Interesse	4,83	0,408	0,503	0,155	0,881	0,001	0,825
Capacidade de estabelecer vínculos	4,67	0,816					
Habilidades sociais	4,50	0,837					
Respostas Emocionais	4,83	0,408					
Problemas Identificados/Referidos	4,50	0,837					
COMPONENTE COMPORTAMENTAL							
Autocuidado	4,67	0,516	0,547	0,198	0,896	0,000	0,866
Organização do cotidiano	4,83	0,408					
Utilização de recursos afetivos e materiais	4,67	0,816					
Comportamentos em saúde	5,00	0,000					
Problemas Identificados/Referidos	4,50	0,837					
COMPONENTE FÍSICO							
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	4,67	0,816	0,643	0,303	0,925	0,000	0,900
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	5,00	0,000					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	4,83	0,408					
Dependência/independência de cuidados especiais	4,83	0,408					
Problemas Identificados/Referidos	4,67	0,516					
Antecedentes Clínicos	4,00	1,673					
Exame Físico Dirigido	3,67	2,066					
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO							
Aceitação do diagnóstico	4,50	1,225	0,219	0,001	0,713	0,024	0,683
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	4,50	1,225					
Compartilhamento do projeto terapêutico	5,00	0,000					
Comprometimento com o tratamento	5,00	0,000					
Problemas Identificados/Referidos	4,83	0,408					
POTENCIAL DE ADESÃO							
Pontos: 20 - 36/ Nível: Muito Baixo	4,83	0,408	1,000	1,000	1,000	-	1,000
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	4,83	0,408					
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	4,83	0,408					
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	4,83	0,408					
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	4,83	0,408					

A Tabela 19, demonstra a avaliação dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, com relação a pertinência, realizada pelos 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho. Observou-se que, com relação a análise descritiva, as médias das notas foram maior que 4 (*compreensível* na escala de Likert) nos 06 grupos avaliados.

Quanto a Correlação Intraclasse, ainda referente aos 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho, e a pertinência das questões, notou-se que dos 06 grupos avaliados, o componente auto regulatório foi considerado pobre (ICC: 0,21 – IC95%: 0,01 a 0,71); os componentes, relacional e comportamental foram considerados razoáveis (ICC entre 0,4 e 0,59); o componente físico foi considerado bom (ICC: 0,64 – IC95%: 0,30 a 0,92); o componente mental e o Potencial de Adesão foram considerados excelentes (ICC > 0,75). Contudo, ao avaliar o p , os componentes, mental, relacional, comportamental, físico, e o Potencial de Adesão foram considerados significantes quanto a condição de entendimento.

Com relação a consistência interna (Tabela 19), ao avaliar os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, realizada pelos 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho, observou-se que o componente auto regulatório foi considerado razoável (alfa de Cronbach: 0,68); os componentes, relacional e comportamental foram considerados bons (alfa de Cronbach: 0,8); e os componentes, mental, físico, e o Potencial de Adesão foram considerados excelentes (alfa de Cronbach > 0,9) para a adequação conceitual.

5.3 Categorização das sugestões e comentários dos especialistas

No formulário, criado no Google Drive e encaminhado aos especialistas, havia um espaço, logo abaixo de cada questão, direcionado para sugestões e comentários pertinentes ao que estava sendo avaliado. Dos 11 especialistas, somente 01 não realizou comentário ou sugestão.

Foram encaminhados pelos especialistas sugestões, dúvidas, críticas e elogios. Todos os comentários foram lidos, analisados e categorizados. E para melhor visualização das sugestões e comentários, foram elaborados quadros compostos pelos seguintes itens: grupos, questão analisada e categoria o qual se encaixou

(APENDICE F). As categorias utilizadas foram: estrutura, vocabulário, recomendação do uso de escalas e clareza.

Tabela 20 – Distribuição das sugestões apontadas pelos especialistas (10) após apreciação dos itens da Identificação e Auto Caracterização. São Paulo, 2017.

Itens do Instrumento	Estrutura		Vocabulário		Uso de Escalas		Clareza		Total	
	N*	%**	N	%	N	%	N	%	N	%
IDENTIFICAÇÃO										
Dados Pessoais	04	44,5	-	-	-	-	01	11,5	05	56
Recursos Socioeconômicos	02	22	-	-	-	-	02	22	04	44
Subtotal	06	66,5	-	-	-	-	03	33,5	09	100
AUTO CARACTERIZAÇÃO										
Para iniciar o atendimento	-	-	02	11,7	01	5,9	01	5,9	04	23,5
Fale da sua vida	-	-	01	5,9	-	-	03	17,7	04	23,6
Descreva o seu cotidiano	01	5,9	-	-	-	-	02	11,8	03	17,7
Regime Terapêutico	04	23,4	-	-	-	-	02	11,8	06	35,2
Subtotal	05	29,3	03	17,6	01	5,9	08	47,2	17	100

* N: número de sugestões referentes a questão

** %: porcentagem referentes ao número total de sugestões da Identificação e Auto Caracterização

Na Tabela 20 foram expostas as sugestões e comentários apontados pelos 10 especialistas que enviaram sugestões e comentários, após avaliarem as questões da Identificação e Auto Caracterização do instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica.

Tabela 21 - Distribuição das sugestões apontadas pelos especialistas (10) após apreciação dos Componentes da Avaliação Multidimensional. São Paulo, 2017.

Itens do Instrumento	Estrutura		Vocabulário		Uso de Escalas		Clareza		Total	
	N*	%**	N	%	N	%	N	%	N	%
COMPONENTE MENTAL										
Saúde Mental	01	7,2	-	-	-	-	03	21,3	04	28,5
Habilidades cognitivas	01	7,2	-	-	-	-	01	7,2	02	14,4
Tomada de decisão Lúcida	01	7,2	-	-	-	-	02	14,2	03	21,4
Esquema de pensamentos e crenças	01	7,2	01	7,2	-	-	03	21,3	05	35,7
Subtotal	04	28,8	01	7,2	-	-	09	64	14	100
COMPONENTE RELACIONAL										
Auto Interesse	01	7,7	-	-	-	-	03	23,1	04	30,8
Capacidade de estabelecer vínculos	-	-	01	7,7	-	-	03	23,1	04	30,8
Habilidades sociais	01	7,7	-	-	-	-	01	7,7	02	15,4
Respostas Emocionais	02	15,3	-	-	-	-	01	7,7	03	23
Subtotal	04	30,7	01	7,7	-	-	08	61,6	13	100
COMPONENTE COMPORTAMENTAL										
Autocuidado	01	7,2	-	-	01	7,2	03	21,2	05	35,6
Organização do cotidiano	01	7,2	-	-	01	7,2	01	7,2	03	21,6
Utilização de recursos afetivos e materiais	-	-	-	-	01	7,2	02	14,2	03	21,4
Comportamentos em saúde	01	7,2	-	-	-	-	02	14,2	03	21,4
Subtotal	03	21,6	-	-	03	21,6	08	57,8	14	100
COMPONENTE FÍSICO										
Instabilidade/Estabilidade de parâmetros físicos	01	5,5	-	-	01	5,5	03	16,7	05	27,7
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	-	-	-	-	-	-	01	5,5	01	5,5
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	-	-	01	5,5	-	-	02	11,2	03	16,7
Dependência/independência de cuidados especiais	01	5,5	-	-	-	-	02	11,2	03	16,7
Antecedentes Clínicos	-	-	01	5,5	-	-	02	11,2	03	16,7
Exame Físico Dirigido	-	-	-	-	-	-	03	16,7	03	16,7
Subtotal	02	11	02	11	01	5,5	13	72,5	18	100
COMPONENTE AUTO REGULATÓRIO										
Aceitação do diagnóstico	01	11,2	01	11,2	-	-	01	11,2	03	33,6
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	-	-	-	-	-	-	02	22	02	22
Compartilhamento do projeto terapêutico	01	11,2	-	-	-	-	01	11,2	02	22,4
Comprometimento com o tratamento	-	-	-	-	-	-	02	22	02	22
Subtotal	02	22,4	01	11,2	-	-	06	66,4	09	100

Na Tabela 21 foram expostas as sugestões e comentários apontados pelos 10 especialistas ao avaliarem os 05 Componentes da Avaliação Multidimensional do instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica.

Tabela 22 - Distribuição das sugestões apontadas pelos especialistas (10) após avaliação da Síntese da Pontuação e do Potencial de Adesão. São Paulo, 2017.

Itens do Instrumento	Estrutura		Vocabulário		Uso de Escalas		Clareza		Total	
	N*	%**	N	%	N	%	N	%	N	%
SÍNTESE DA PONTUAÇÃO	01	100	-	-	-	-	-	-	01	100
Subtotal	01	100	-	-	-	-	-	-	01	100
POTENCIAL DE ADESÃO										
Pontos: 20 - 36/ Nível: Muito Baixo	02	20	-	-	-	-	-	-	02	20
Pontos: 37 - 53/ Nível: Baixo	02	20	-	-	-	-	-	-	02	20
Pontos: 54 - 70/ Nível: Regular	01	10	-	-	-	-	-	-	01	10
Pontos: 71 - 87/ Nível: Alto	02	20	-	-	-	-	-	-	02	20
Pontos: 88 - 100/ Nível: Muito Alto	02	20	-	-	-	-	01	10	03	30
Subtotal	10	90	-	-	-	-	-	-	10	100

Na Tabela 22 foram expostas as sugestões e comentários apontados pelos 10 especialistas ao avaliarem a Síntese da Pontuação e o Potencial de Adesão do instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica.

Discussão

6 DISCUSSÃO

A etapa de discussão seguirá a mesma organização dos resultados, a qual está dividida em três subitens: caracterização dos especialistas, validação do instrumento e categorização dos comentários e sugestões encaminhado pelos especialistas.

6.1 Caracterização dos Especialistas

A validação do instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica foi realizada por especialistas, sendo sua escolha de forma aleatória conforme os critérios de inclusão e que representasse a população de interesse.

Ao avaliar a caracterização dos especialistas, a predominância do sexo feminino, idade superior a 46 anos e a dominância de docentes na amostra, corrobora com outros estudos de validação. Costa et al (2015), ao validar um instrumento para avaliar o cuidado à pessoa com ferida para aplicação com graduandos de enfermagem, a maioria dos juízes que participaram do estudo eram do sexo feminino (80%), com predomínio de idade acima de 40 anos (38,9%) e 93,4% tinham experiência com a docência. O mesmo foi observado no estudo de Luz (2015), ao validar um instrumento de avaliação formativa de múltiplas competências assistenciais, o qual 87,5% eram do sexo feminino, 93,7% tinham acima de 40 anos de idade e 95% tinham experiência na docência.

Com relação ao tempo de formação, no estudo de Freitas et al (2013), para tradução e adaptação transcultural do instrumento "*Spiritual Assessment Scale*" no Brasil, o tempo de formação dos experts foi de $15,3 \pm 13$ anos. Notou-se uma média próxima no estudo de Paim et al (2017), com média de 12,9 anos. No entanto, neste estudo o tempo de formação foi superior aos anteriores, com uma média de $25,6 \pm 8,7$ anos de formado, o que evidencia uma amostra com profissionais experientes tanto na área de adesão terapêutica, como em doenças crônicas. O maior tempo de formação fornece indícios de maturidade profissional, trata-se, portanto, de um indicador de experiência e consequente habilidade nas ações da profissão (MELO et al, 2011; BORGES et al, 2013).

Outro dado relevante é o tempo no local de trabalho, em média $16,4 \pm 9,6$ anos, com predominância em universidades públicas. Igualmente observado no estudo de

Luz (2015), o qual 56,3% de sua amostra tinham mais de 11 anos no local de trabalho atual, e 68,8% lecionavam em universidades públicas.

Ainda relacionado a caracterização dos especialistas, cabe ressaltar a dificuldade na coleta de dados, muitos pesquisadores foram identificados, porém nem todos manifestaram disponibilidade para a participação. Dos 81 especialistas selecionados, somente 11 responderam ao formulário de validação do instrumento.

Para Rozados (2015), a grande desvantagem da técnica Delphi é a dificuldade de obter a adesão por parte dos especialistas, com problemas relativos ao retorno de questionários, com a abstenção e perda de percentual de participantes. Porém, destaca-se a vantagem de permitir trabalhar com formadores de opinião atenuando a influência social que um membro do grupo possa exercer. Desta maneira esta estratégia permite a isenção desse tipo de influência e a real contribuição para chegar-se a consensos, porque garante de maneira democrática a manifestação dos experts.

A técnica tem sido aplicada especialmente a partir de 1960 e em vários campos tais como, planejamento social de comunidades, avaliação de projetos de pesquisa, propaganda e marketing e administração empresarial. Silva e Tanaka (1999) destacam a utilização da técnica na área de educação médica e de enfermagem para selecionar competências, definir objetivos e conteúdo de cursos e disciplinas.

6.2 Validação do Instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica

O presente estudo permitiu validar o instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão para as práticas educativas na condição do paciente com doenças crônicas não transmissíveis. O interesse pelo estudo justificou-se pela escassez de instrumentos brasileiros que monitorem a adesão com uma perspectiva multidimensional, ao mesmo tempo clínica e psicossocial, ao manejo de crônicos.

Trata-se, portanto, de investir numa estratégia de ajudar pessoas a identificar os próprios problemas, o impacto deles na própria vida, a relação entre eles e seu estado físico e mental, como também as alternativas possíveis para acrescentar saúde e bem-estar à própria vida, identificando e atuando na mobilização da adesão ao esquema terapêutico prescrito (IDE, 2012).

A validação de instrumentos como papel significativo nas pesquisas, evidencia a capacidade que a medida tem de captar ou revelar um dado fenômeno (SOUZA & SILVA, 2011).

Para a validação do referido instrumento, buscou-se avaliar as propriedades psicométricas do instrumento, para tanto foi realizada análise estatística que buscou fidelidade e validade, por meio de testes que, no seu conjunto, indicaram o grau de generalização que os resultados puderam alcançar.

Neste sentido, foi realizado a análise descritiva do julgamento dos especialistas em relação aos itens que compõem o instrumento para se ter uma avaliação geral dos valores; a Correlação Intraclasse (ICC), com o intuito de verificar a convergência das avaliações dos especialistas relativas aos diferentes tópicos constitutivos do instrumento; e o Teste Alfa de Cronbach para avaliar as medidas de confiabilidade e a consistência interna.

Para otimizar o entendimento das informações, optou-se por estruturar o desenvolvimento do capítulo de discussão em consonância com o capítulo de resultados.

6.2.1 Análise descritiva do julgamento dos especialistas com relação aos itens Identificação, Auto Caracterização, 05 Componentes da Avaliação Multidimensional, Síntese da Pontuação e Potencial de Adesão

A Análise Descritiva é a fase inicial deste processo de estudo dos dados coletados, e é utilizado para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos (REIS & REIS, 2002).

No instrumento proposto, os itens avaliados nesta fase foram, a saber: Identificação: Dados pessoais e Recursos socioeconômicos; Auto caracterização, contendo as questões: *para iniciar o atendimento, fale de sua vida, descreva o seu cotidiano e regime terapêutico*; Componentes da avaliação multidimensional: *mental, relacional, comportamental, físico e auto regulatório*; Síntese da pontuação: os especialistas avaliaram se estava claro como seria feito a somatória das notas dos 05 componentes e finalmente o Potencial de adesão.

De acordo com a análise descritiva, observou-se que a distribuição das respostas dos especialistas, com relação a clareza, *teve* prevalente a resposta *Compreensível*, e referente a pertinência, como *muito pertinente*. Acredita-se que o instrumento elaborado, após análise descritiva, foi inovador e efetivo na caracterização da distribuição da frequência de respostas.

No que tange à compreensão dos itens, a sua avaliação foi considerada satisfatória pelos especialistas. Cabe destacar, a experiência com doença crônica e adesão terapêutica que todos os especialistas possuíam. Assim como, ressaltado por Alexandre & Coluci (2011), ao afirmarem que em relação à seleção dos especialistas, deve-se levar em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse comitê.

6.2.2 Distribuição da Correlação Intraclasse entre as questões de auto caracterização, os Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão

Para a análise estatística, com relação à clareza e a pertinência, as variáveis foram agrupadas em 02 partes, a saber: Anamnese Multidimensional, formada pelas 04 questões de auto caracterização; e os 05 Componentes da avaliação multidimensional (componente mental, relacional, comportamental, físico e auto regulatório); e o Potencial de adesão.

Ao se optar pelo uso de um instrumento de medida, o qual se avalia aspectos multidimensionais, ou seja, não apenas a saúde, mas, de forma integral, abrangendo todo o contexto de vida das pessoas, tais como: o ambiente físico onde vivem; os serviços sociais e de saúde direcionados para o acesso e promoção de saúde; os determinantes comportamentais e pessoais; além dos determinantes sociais e econômicos (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2005). Depara-se com o desafio de moldar o instrumento, de maneira que fique compreensível e relevante para o delineamento de hipóteses diagnósticas a serem compartilhadas com o paciente.

Para tanto, na análise da confiabilidade, verificou-se a estabilidade do instrumento por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC). Com relação a clareza, as questões de auto caracterização foram consideradas como pobres (ICC<

0,4), pelos 11 especialistas que as avaliaram. E confirmado pelo valor de “ p ”. Porém, este valor pode ter sido inferior devido à dificuldade para interpretar as questões, sendo citadas pelos especialistas como “muito abrangentes”. Em outro estudo, foi analisada a confiabilidade de um instrumento de 30 itens para avaliação da qualidade de vida, a partir do ICC. O valor do ICC foi de 0,5, muito inferior as outras variáveis, justamente por dificuldade na interpretação da questão (MENGARDA, et al 2008).

As questões da Auto Caracterização, que compõe a anamnese multidimensional, foram assim construídas com o intuito de propor a recuperação de dados auto descritivos; a identificação de trajetórias de vida, dos projetos pessoais, das perdas, dos afetos manifestos, das dinâmicas relacionais, do jeito próprio de levar a vida, de superar desafios; mantendo ou comprometendo a própria saúde (AYRES, 2004). Elencando assim, informações necessárias a um diagnóstico multidimensional das condições de vida/saúde/doença, numa tentativa de compreender, tanto as representações acerca das próprias condições e necessidades assistenciais, como também as possíveis contradições ou fragilidades dessas construções ideativas passíveis, inclusive, de promover respostas disfuncionais no âmbito dos comportamentos em saúde (MELO, 2014).

Quanto a pertinência, após análise dos 11 especialistas, apesar do valor da ICC ser igual a 0,57 (razoável), o valor de p foi significativo para a adequação conceitual nas quatro questões da Auto Caracterização. Podendo-se afirmar, que o fato dos especialistas considerarem as questões da Auto Caracterização como abrangentes, influenciou de uma forma geral na análise do Coeficiente de Correlação Intraclasse.

No que diz respeito aos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, ainda com relação ao ICC, pode-se observar que, apesar de somente 50% dos grupos avaliados apresentarem ICC > 0,6, o valor de p foi significativo nos 06 grupos para a condição de entendimento, ou seja, clareza.

Referente a pertinência, os valores de ICC foram muito superiores, ficando entre 0,6 e 0,9 em 05, dos 06 grupos avaliados. Comparando os resultados deste estudo com outros, como encontrado no estudo de Mengarda, et al, (2008), ao validar para o português o questionário de qualidade de vida para mulheres com endometriose, os ICC mostraram escores adequados tanto para as escalas do

questionário central (0,8-0,9) quanto do modular (0,7-0,9), semelhantes ao da versão em inglês (0,9-0,9 e 0,8-0,9, respectivamente), mostrando estabilidade do instrumento ao longo do tempo. No estudo de Lins, et al (2017), ao validar um questionário de adesão do paciente renal crônico brasileiro em hemodiálise, obteve ICC > 0,7, tanto para o grupo de questões de adesão, quanto para o grupo de questões de percepção, mostrando confiabilidade quanto a aplicação do instrumento.

6.2.3 Distribuição do Alfa de Cronbach entre as questões de auto caracterização, os Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão

Destaca-se o teste de coeficiente alfa de Cronbach, pelo qual buscou realizar a validade de construção e a consistência interna das respostas, dos 11 especialistas, ao avaliarem as questões do Instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão, acrescentando que se obteve o valor superior a 0,7, que indica uma medida de concordância com confiabilidade aceitável, na maioria das questões, conforme descrito a seguir.

Ao analisar a consistência interna das questões da “Auto Caracterização”, assim como na análise da ICC, os resultados embora foram satisfatórios, foi o item que mais recebeu sugestão de melhoria na formulação das questões, sendo que com relação a clareza, as questões foram classificadas como razoáveis (alfa de Cronbach: 0,69). Demonstrando que as questões da “Auto Caracterização” necessitam de ajustes quanto a condição de entendimento.

No entanto, com relação a pertinência, o alfa de Cronbach foi superior a 0,80, sendo considerado como bom. O mesmo ocorreu no estudo de Lins, et al (2017), ao realizar a validação do questionário de adesão do paciente renal crônico brasileiro em hemodiálise, ao obter um alfa de Cronbach igual a 0,57, considerado como pobre. Para os autores, apesar do alfa de Cronbach avaliar a relevância com que os itens do instrumento se correlacionam, as questões avaliadas no estudo, apesar de medirem adesão, avaliavam aspectos distintos do tratamento.

Cabe ressaltar que, apesar do alfa de Cronbach ser considerado baixo com relação a clareza, não foi suficiente para descaracterizar a consistência interna do instrumento.

Quanto as questões dos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e do Potencial de Adesão, os valores do alfa de Cronbach foram bem diferentes. O alfa de Cronbach foi superior a 0,7, tido como aceitável, nos 06 grupos avaliados, tanto para clareza, quanto para a pertinência. Portanto, esse resultado está entre os valores aceitáveis pela literatura (TAVAKOL, 2011).

Outros estudos obtiveram os mesmos resultados, Mengarda, et al (2008), ao validar a tradução para o português de um questionário de qualidade de vida, também obteve resultados da consistência interna superiores a 0,7. Da mesma forma, Freitas, et al (2013), atingiram valores superiores a 0,78 que indica uma medida de concordância entre quesitos com confiabilidade aceitável.

6.2.4 Análise dos itens da Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão com relação ao tempo de formação dos especialistas

Nesta etapa foi verificado se o tempo de formado poderia ter influenciado em relação aos resultados obtidos no processo de validação com os especialistas, e para tanto, de acordo com as medidas centrais (média e mediana) e por meio de cálculos estatísticos obteve-se um corte com 27 anos de formado. A análise se constituiu em comparar as respostas dos especialistas, com relação a clareza e a pertinência, com base no tempo de formado dos especialistas, dividido em 02 grupos: 06 especialistas com menos de 27 anos de formado; e 05 especialistas com mais de 27 anos de formado.

Diante das análises obtidas pode-se realizar duas afirmações. A primeira afirmação é, que a avaliação dos especialistas com relação as questões da Auto Caracterização, não foram muito satisfatórias, principalmente com relação a clareza, ou seja, que remete a condição de entendimento e semântica. Porém, se comparado os valores da ICC e do alfa de Cronbach, esses valores foram menores, após análise da avaliação dos especialistas com mais de 27 anos de formado, tanto com relação a clareza, como a pertinência. Deste modo, quanto maior o tempo de formado do especialista, mais rigoroso e criterioso este foi ao avaliar as questões da Auto Caracterização. Com relação ao alfa de Cronbach, as questões foram tidas como aceitáveis (>0,6), ao avaliar a consistência interna do instrumento, principalmente quanto à adequação conceitual, ou seja, os especialistas analisaram se os constructos

enfocados em cada questão de fato eram apropriados, portanto, os valores obtidos foram plenamente suficientes para considerar aceitável a validação do instrumento.

O instrumento foi idealizado para que se possa conhecer o universo da pessoa humana e suas dimensões a respeito do seu cotidiano, e regime terapêutico, ou seja, a intenção é permitir que o indivíduo elabore uma narrativa de sua percepção a respeito do seu processo de adoecimento e como tem reagido para implementar o seu tratamento, pois a proposta do instrumento não é apenas perceber se o indivíduo tem adesão farmacológica, mas essencialmente avaliar o potencial para mudança e comportamento, para realizar mudanças e escolhas apropriadas para a manutenção das condições clínicas ideais para conviver com a doença crônica não transmissível.

A segunda afirmação, diante da análise estabelecida frente ao tempo de formada com relação aos 05 Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão, ocorreu o contrário, quanto maior o tempo de formado dos especialistas, maiores foram os valores encontrados na análise da ICC e alfa de Cronbach, tanto para a clareza, quanto para a pertinência. Diante deste resultado pode-se afirmar que os constructos e a semântica adotada para a elaboração das questões dos itens em apreço estão plenamente apropriados.

6.2.5 Análise dos itens da Auto Caracterização, dos Componentes da Avaliação Multidimensional e o Potencial de Adesão com relação ao tempo de atuação no mesmo local de trabalho

Para consolidar se a análise estatística se reproduzia fielmente, procurou-se também verificar outras variáveis intervenientes que pudessem alterar o resultado apontando alguma inconsistência, diante desta possibilidade pensou-se em comparar o tempo de atuação dos especialistas com relação ao local de trabalho. E novamente os especialistas foram divididos em 02 grupos: 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho; e 06 especialistas com mais de 14 anos no mesmo local de trabalho.

O contrário do que ocorreu na comparação realizada entre as respostas dos especialistas e o tempo de formado, ao realizar a comparação utilizando o tempo de atuação no mesmo lugar de trabalho. Pode-se observar que ao analisar as respostas dos 05 especialistas com menos de 14 anos no mesmo local de trabalho, os valores

da ICC e do alfa de Cronbach foram maiores do que os valores encontrados após avaliar as respostas dos 06 especialistas com mais de 14 anos. Demonstrando que o tempo que os 11 especialistas apresentavam no mesmo local de atuação, não influenciou na avaliação do instrumento “Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão”, tanto na condição de entendimento, quanto na adequação conceitual, ou seja, houve consenso entre os especialistas em relação à semântica e os constructos abordados nas questões para avaliar o potencial de adesão dos indivíduos.

A experiência profissional também é um importante aspecto a ser levado em consideração em relação ao perfil dos especialistas, o tempo de atuação como profissional confere maturidade e segurança para exercer a atividade profissional e emitir opinião, conferindo credibilidade quanto às opiniões manifestadas no estudo em apreço, pois de acordo com as medidas centrais (médias e medianas) 14 anos é um tempo expressivo para adquirir vivenciar diversas experiências profissionais.

6.3 Categorização das sugestões e comentários dos especialistas para melhoria do instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica

O último item do capítulo da discussão refere-se aos comentários e sugestões realizados pelos 11 especialistas que participaram da validação do instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica.

Como discutido anteriormente, os baixos valores da ICC não foram relevantes a ponto de descaracterizar a validação do instrumento. Sendo este, o motivo pelo qual foi realizado somente uma rodada da Técnica Delphi. Porém, os comentários e sugestões dos especialistas foram descritos no capítulo dos resultados, para confirmar a importância que foi dada para cada um deles.

Ao analisar a sugestões obteve-se uma média de 9,54, sendo que a maioria das recomendações recaíram sobre a melhoria da clareza, no sentido de aperfeiçoar e quanto a configuração do instrumento para facilitar o seu preenchimento.

Cabe ressaltar mais uma vez que, esse atendimento ao adulto, proposto na construção deste instrumento, enquanto composição sistematizada e evolutivamente articulada de cuidar, investe em estratégias relacionais, tais como: a escuta ativa no sentido de apreender a narrativa do outro, ampliando a compreensão e comunicação

desse entendimento dos eventos em cena; o investimento no vínculo, a partir de interações abertas à expressão de demandas emocionais, de pacientes e familiares, a serem mediadas por profissionais predispostos e reconhecidos como capazes de partilhá-las, visando atenuar desgastes e sofrimentos físicos e mentais decorrentes do adoecimento e tratamento; a possibilidade de compartilhamento da condição do paciente exercer, com autonomia e responsabilidade, sempre que possível e desejado, o direito de decidir sobre formas e metas do atendimento, culminando no manejo de comportamentos em saúde enquanto construção de projetos de cuidar singulares (IDE, 2013).

Deve-se, portanto, considerar que os conhecimentos prévios das pessoas (inclusive sobre sua dinâmica assistencial atual), têm por características: ser uma construção pessoal, que procura a utilidade mais do que a “verdade”; compartilhados por outras pessoas, com a possibilidade de agrupamentos por tipologias; caráter implícito (descobertos em atividades, ações); serem estáveis e resistentes à mudança; possuírem coerência pessoal e não necessariamente científica (CALL et al, 2000).

Portanto, este instrumento inaugura um novo cenário para abordar as pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, na qual o cliente passa de agente passivo para a qualidade de protagonista da sua própria narrativa e juntamente com o profissional da saúde, constroem pontes dialógicas, que permitirão moldar o comportamento humano apoiando as decisões da pessoa, como também auxiliá-la a se autoconhecer identificando as suas barreiras e dificuldades para elaborar mudanças de comportamento. Diante desta avaliação, o instrumento em questão proporcionará, uma análise mais precisa e pontual dos elementos implicados na adesão terapêutica.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

A opção de validar um instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão, fundamentou-se na preocupação do manejo de pacientes crônicos a não adesão ao tratamento no cotidiano dos serviços de saúde.

O instrumento proposto apresentou, por meio da avaliação de 11 especialistas, confiabilidade e fidedignidade para avaliar pacientes acometidos por doenças crônicas não transmissíveis, conforme expostos a seguir:

1. Quanto a caracterização da amostra do estudo identificou-se os seguintes resultados, 100% era do sexo feminino e casadas, idade superior a 46 anos e a predomínio de docentes. O tempo de formação foi em média de $25,6 \pm 8,7$ anos de formado, o que evidencia uma amostra com profissionais experientes; e o tempo no local de trabalho, em média $16,4 \pm 9,6$ anos, com predominância em universidades públicas.
2. Quanto aos principais resultados obtidos diante da análise estatística em relação a clareza e pertinência identificou-se que na apreciação das 44 questões, a maioria dos itens foram avaliados positivamente, obtendo índice de correlação Intraclass e alfa de Cronbach ($>0,60$ e $>0,80$, respectivamente) aceitos para a validade de conteúdo, e apenas 04 questões necessitaram de alterações na estrutura e redação.
3. Quanto as principais sugestões a maioria, 53,3% recaíram para ajustar a estrutura do instrumento e para aprimorar a clareza no enunciado das questões.

7.1 Limitações do Estudo

As limitações do estudo corresponderam à técnica Delphi, escolhida para a validação do instrumento, que apresenta como desvantagens problemas relativos ao retorno de questionários, com a abstenção e perda de percentual de participantes.

Desenvolver um instrumento de pesquisa é um trabalho intenso, que exige a aplicação de um método rigoroso e empenho do pesquisador. É preciso que o objetivo do instrumento e seus conceitos estejam bem definidos.

Nesse sentido, o presente estudo buscou contribuir com a construção do conhecimento e desenvolvimento de atividades educativo assistenciais, necessárias à potencialização da adesão terapêutica, cabendo ao profissional o desafio de desenvolver dinâmicas reguladoras das múltiplas competências inerentes à uma atuação de âmbito multidimensional.

Neste contexto, o Enfermeiro tem papel importante junto aos pacientes com doenças crônicas, pois suas ações podem contribuir para a manutenção de sua saúde, considerando as diferentes percepções dos indivíduos diante da doença e do contexto no qual está inserido. Para tanto, o estabelecimento de apoio e de um vínculo efetivo com o paciente e sua família, torna-se essencial para que sejam aceitas as premissas básicas para a percepção das mudanças requeridas.

Assim sendo, essas seriam as bases teórico-instrumentais de uma abordagem educativo assistencial de âmbito biopsicossocial. Se voltando ainda, para a necessidade de superar o caráter doutrinário dos processos educativos em saúde, que ainda representam práticas de enquadramento pautadas em afirmações apodíticas que desconsideram expressões da subjetividade, comprometendo por completo a atividade da compreensão e adesão.

Conclui-se, que o instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica demonstrou validade de conteúdo na opinião de especialistas, demonstrando possuir características teóricas que representam as dimensões propostas.

Referencias

REFERENCIAS

ALEXANDRE et al. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences **Rev. Saúde Pública**, vol.48, n.3, 2014.

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.

ALVES, C.G.; NETO, O.L.M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.641-654, 2015.

ANDRADE, K.R.C. et al. Incapacidade funcional de adultos no Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v.49, n.89, 2015.

AYRES, J.R.C.M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 15-29, 2004.

BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 20-22, 2004.

BORGES, J.W.P. et al. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm**, v.47, n.5, p. 1077-1083, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando a promoção da saúde: documentos base – Fundação Nacional de Saúde**. Brasília: Funasa, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS – Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 9-11, 2009.

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

BRAGA, R.D., LUCENA, F.N., RIBEIRO-ROTTA, R.F. A multiprofessional information model for Brazilian primary care: defining a consensus model towards an interoperable electronic health record. **International Journal of Medical Informatics**, n. 90, p. 48-57, 2016.

CAMPOLINA, A.G., et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CARDOSO, L.R.A., et al. Prospecção de futuro e método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva. **Amb. Construído**, v. 5, n.3, p. 63-78, 2005.

CARVALHO, A.L.M., et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível: saúde, risco e tecnociências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 204, 1999.

CASSIANI, S.H.D.B., RODRIGUES, L.P. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.9, n.3, p. 76-83, 1996.

CICCHETTI, D.V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. **Psychological Assessment**. v.6, n.4, p.284–290, 1994.

COELHO, M., et al. Perceived health status and pharmacological adherence of patients who underwent percutaneous coronary intervention. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.34, n.3, 2013.

COSTA, R. K.S., et al. Instrumento para avaliar o cuidado de graduandos de enfermagem à pessoa com ferida. **Rev. Esc. Enferm**. v.49, n.2, p.317-325, 2015.

COSTA, S.R.D.D., CASTRO, E.A.B.D. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev. bras. enferm**, v.67, n.6, p. 979-986, 2014.

DALLA, V.M.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 11, p. 183-193, 2009.

DEJEURS, C. **O corpo entre a biologia e a psicanálise**. Porto alegre: Artmed, 1988.

DEMONER, M.S.; RAMOS, E.R.P.; PEREIRA, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.1, p. 27-34, 2012.

DEZEN, D. H. S.; GUERRA-RICCIO, G.M. Fatores de risco cardiovascular, prevenção e adesão. In: QUILICI, Ana Paula. (Org.). **Enfermagem em Cardiologia**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, v.1, p. 673-688, 2014.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DUNCAN, B.B., STEVENS, A., SCHMIDT, M.I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010. In: Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde; p.93-104, 2012.

DUNCAN, B.B., et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v.46, Supl, p. 126-34, 2012.

EJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1201-08, 2010.

FREITAS, E.O., et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento "Spiritual Assessment Scale" no Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n.4, p. 401-410, 2013.

FROLICH, S.; VIGO, A.; MENGUE, S.S. Association between the Morisk medication adherence scale and medication complexity and patient prescription knowledge in primary health care. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 30, n. 7, p. 1348-54, 2011.

GALLARDO, R.Y., OLMOS, R.C. La técnica Delphi y la investegation em los servicios de salud. **Cienc Enferm**, v. 20, n. 1, p. 9-15, 2008.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24h. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 4, p. 355-61, 2013.

GRITTI, C.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cad. Saúde Colet**, v. 23, n. 2, p. 214-219, 2015.

HESS, C.N., et al. Association or early physician follow-up and 30-day readmission after no-ST-segment-elevation myocardial infarction among older patients. **Circulation**, v.128, n. 11, p. 1206-13, 2013.

IDE, C.A.C. Referências teórico metodológicos da abordagem multidimensional na atenção ao crônico. São Paulo, 2012. CD-ROM.

IDE, C.A.C. Métodos e instrumentos para a abordagem relacional no cuidado de enfermagem. São Paulo, 2013. CD-ROM.

KAYO, E.K., SECURATO, J.R. Método Delhi: fundamentos, críticas e vieses. **Cad Pesq Admin**, v.1, n. 4, p. 51-61, 1997.

LUZ, S.F. **Formando enfermeiros de alta performance**: validação de instrumento de avaliação formativa de múltiplas competências assistenciais. 2015. 183f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.** v.35, n.6, p.382-5, 1986.

LINS, S.M.S.B., et al. Validação do questionário de adesão do paciente renal crônico brasileiro em hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm** [Internet]. V.70, n.3, p.585-92, 2017.

MATOS, D.A.S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, 2014.

MEDEIROS, R.K.S. et al. Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 278-89, jun. 2015. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28820>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

MELO, R.P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. RENE**, v. 12, n. 2, p. 424-431, 2011.

MELO, A. **Imigração e condições de vida/saúde-doença: avaliação dessa dinâmica**. 2014. 167p. Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

MENGARDA, C.V., et al. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire – EHP-30). **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.30, n.8, p.384-92, 2008.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S. & GOMBERG, E. (Org). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: UFS, p. 29-56, 2009.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, n. 65, p. 1-13. 2003.

MCLYNN, E.A.; ASCH, S.M. Developing a clinical performance measure. **AM. J. Prev. Med.**, v. 14, n. 3, p. 14-21, 1998.

MINAYO, M.C.S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 15-29, 2004.

OLIVEIRA, S.F., MAZÓCOLI, E., MIYAZATO, H.S.A. Diabetes e coração. In: QUILICI, Ana Paula. (Org.). **Enfermagem em Cardiologia**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, v.1, p. 673-688, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

PAIM, A.E., et al. Validação de instrumento para intervenção de enfermagem ao paciente em terapia vasoativa. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**, São Paulo, v.70, p.3, p.476-84, 2017.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

PEREIRA, G.N. et al. Socioeconomic and demographic indicators associates with functional disability in the elderly. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, 2012.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de Dados para Ciências Sociais**. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, CC.T. **Fundamento de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROJETO DIRETRIZES. **Aderência a tratamento medicamentoso** – Projeto Diretrizes. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/02-Aderencia.pdf23/7/2009. Acesso em: 22/10/2015.

REMONDI, F.A., CABRERA, M.A.S., SOUZA, R.K.T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014.

REIS, E.A.; REIS, I.A. **Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG**, 2002. Disponível em: www.est.ufmg.br. Acesso em: 23/05/2017.

REIS, M.B. et al. Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo-SP. **Medicina (Ribeirão Preto)**. Online. v. 48, n. 2, p. 138-142, 2015.

ROZADOS, H. B. F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, 2015.

SCARPARO, A.F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista RENE**, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012.

SCARPARO, A.F. **Perspectivas do gerenciamento de enfermagem hospitalar**. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SCARPARO, A.F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de Enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais de médicos e de enfermeiros que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 33, n. 3, p. 207-216, 1999.

SINHA, I.P.; SMYTH, R.L.; WILLIAMSON, P.R. Using the Delphi technique to determine wich outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future baseado n a systematic reciew of existing studies. **Plos Med**, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2011.

SILVA, M.B. et al. Utilização da técnica Delphi na validação de diagnósticos de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE** (on line), v. 7, n. 1, p. 262-8, 2013.

SIQUEIRA, A.S.E., SIQUEIRA-FILHO, A.G., LAND, M.G.P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v.109, n.1, p.39-46, 2017.

SOUZA, S.S., SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta paul enferm**. V. 24, n.6, p.778-83, 2011.

SPOLAORE, E.H.G. **Tecnologias leves no cuidado humanizado: validação de instrumento para avaliação de competências relacionais**. 2015. 168p. Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

SIMPSON, S.H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **BMJ**, v. 333, n. 15, 2014. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/333/7557/15.abstract>. Acesso em: Nov/2015.

SOUZA, C.S.; TURRINI, R.N.T. Validação de construto de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.6, p. 9690, 2012.

SOUZA, I.C.P. et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores de familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev. Min. Enferm**, v.18, n.1, p.164-72, 2014.

STOTZ, E.N. Enfoques em educação e saúde. In: VALLA, V.V; STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

SUNIL, K. et al. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. **Annu. Rev.Med.**, v. 65, p. 471-85, 2014.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **Int J. Med. Educ.**, v.2, p.53-5, 2011.

TESTON, E.F. et al. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. Rev. Rene, v. 17, n. 3, p. 330-337, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd.report.full.en.pdf>. Acesso em: 02/12/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global action plan for the prevention and control of non communicable disease 2013-2020 [Internet]. 2013 [citado 2014 Fev. 20]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. Acesso em: 02/11/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Non communicable diseases (NCD) Country Profiles**, 2014.

Apêndices

APENDICE A

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE ADESÃO (AMPA)

Instrumento Original

PRIMEIRA CONSULTA

1 IDENTIFICAÇÃO

Dados Pessoais

- Nome: _____ - Idade: _____ - Sexo: () Masc. () Fem.
- Ocupação: _____ - No momento: () Empregado () Desempregado
- Escolaridade: _____ - Estado Civil: _____ - N° de dependentes: _____
- Endereço: _____ - Tel: () _____
- Avaliador: _____ - Data da Entrevista: ____/____/____

Recursos

- Renda Pessoal (n° de salários): _____ - Renda Familiar: _____
- Renda extra (pensão, aluguel, aposentadoria complementar): () Sim () Não
- Se sim, qual? _____
- Moradia: () Própria () Alugada () Outros: _____
- Cobertura Assistencial: _____
- Inclusão em Programas Sociais: () Sim () Não
- Se sim, qual? _____

2 ANAMNESE MULTIDIMENSIONAL

Auto Caracterização

- Para iniciar o atendimento, por favor, fale sobre você (o que considerar importante sobre o seu jeito de ser: traços marcantes, qualidades, defeitos, humor, valores, interesses, espiritualidade, projetos pessoais, satisfação consigo mesmo...).

- Fale de sua vida (trajetória, eventos marcantes, pessoas significativas, conquistas, perdas, satisfação com a própria vida...).

- Descreva um dia do seu cotidiano (referência cronológica e detalhada das atividades diárias, satisfação ao fim do dia...).

- Regime Terapêutico (caracterização dos tratamentos, dificuldades na adesão, comprometimento das atividades da vida diária, necessidade de ajuda...).

3 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Nesse tópico estão referidos os cinco componentes avaliativos. Cada um deles é constituído por quatro indicadores a serem avaliados por notas que oscilam entre 1 (pior resposta) e 5 (melhor resposta).

Avalie de forma compartilhada cada um dos indicadores, respeitando condições simétricas de argumentação ao atribuir, em conjunto com a pessoa em avaliação, uma nota (de 1 a 5) que melhor indique a condição dela no momento da consulta, a ser registrada na respectiva casela. Complementando essa avaliação, anote em cada espaço SUBTOTAL a soma das notas atribuídas aos indicadores dos componentes.

COMPONENTE MENTAL

Conjunto de funções cognitivas necessárias à percepção, compreensão, registro, valoração, planejamento e comunicação, verbal e não verbal de pensamentos e sentimentos. Essas operações interagem para a efetivação de comportamentos pessoais, manifestos em singulares possibilidades, inclusive de promover a própria saúde e bem-estar, considerando o respectivo contexto ambiental e social.

INDICADORES	NOTA				
	1	2	3	4	5
Saúde mental (presença/ausência de expressões de transtornos, condutas adequadas ao contexto, comprometimento com o bem viver possível...).					
Habilidades cognitivas (lucidez, narrativa organizada, memória, compreensão, capacidade de argumentação, condições de resolver problemas...).					
Tomada de decisão lúcida (consciência das escolhas, dos comportamentos, atitude responsável frente às opções...).					
Esquemas de pensamentos e crenças (presença /ausência de distorções cognitivas ou crenças irracionais).					
SUBTOTAL					

- Problemas identificados / referidos: _____

COMPONENTE RELACIONAL

Conjunto de recursos intelectuais e emocionais necessários à promoção e manutenção de relações consigo, com o outro, e com o contexto de vida-saúde-doença-tratamento. Tais recursos fundamentam a construção de vínculos capazes de identificar demandas e ajustar possibilidades de contato e suporte assistencial.

INDICADORES	NOTA				
	1	2	3	4	5
Auto interesse (reconhecer-se como pessoa merecedora de investimentos na própria saúde e bem-estar com expressão de iniciativas em favor de si mesmo, a seu modo, ritmo e possibilidades).					
Capacidade de estabelecer vínculos (referência a condições de interagir, dialogar, cooperar, manter laços interpessoais...).					
Habilidades sociais (utilização de expressões de gentileza: apresentar-se, agradecer, cumprimentar, dizer por favor, gestual amistoso...).					
Respostas emocionais (humor, receptividade ao outro, ausência /presença de expressões de sofrimento-choro imotivado, idéias autodestrutivas, silêncio prolongado, postura defensiva, qualidade das estratégias de enfrentamento de problemas...).					
SUBTOTAL					

Problemas identificados / referidos: _____

COMPONENTE COMPORTAMENTAL

Conjunto de ações e reações individuais passíveis de observação, decorrentes de processos interativos entre si e seu meio ambiente, e que expressem formas pessoais de construir e lidar com a própria dinâmica de vida-saúde-doença-tratamento.

INDICADORES	NOTA				
	1	2	3	4	5
Autocuidado (dependência/autonomia e qualidade para realização dos cuidados pessoais, dependência/independência funcional, seguimento do regime terapêutico...).					
Organização do cotidiano (atividades da vida diária ajustadas às condições de saúde, capacidade de programação...).					
Utilização de recursos afetivos e materiais (busca ativa de suportes necessários à saúde, bem-estar e adesão ao tratamento).					
Comportamentos em saúde (alimentação, atividade física, sono e repouso, lazer, sexualidade, controle do estresse, dependências...).					
SUBTOTAL					

- Problemas identificados / referidos: _____

COMPONENTE FÍSICO

Conjunto de expressões corporais, condições e parâmetros físicos que, em conjunto, indiquem a funcionalidade orgânica num dado momento, compondo um arsenal diagnóstico e terapêutico na perspectiva biológica.

INDICADORES	NOTA				
	1	2	3	4	5
Instabilidade/estabilidade de parâmetros físicos (peso, sinais vitais, dor, controles específicos).					
Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico.					
Presença/ausência de lesões, complicações, limitações.					
Dependência/independência de cuidados especiais (bolsas, drenos, bombas de infusão, O ₂ , nutrição especial, reposição volêmica...).					
SUBTOTAL					

- **Problemas Identificados / Referidos:** _____

- **Antecedentes Clínicos:** _____

- **Exame Físico Dirigido:** _____

COMPONENTE AUTORREGULATÓRIO

Conjunto de ações pessoais, utilizando-se de recursos internos e externos, como forma intencional e planejada, com intuito de atingir a melhor adesão a terapia.

INDICADORES	NOTA				
	1	2	3	4	5
Aceitação do diagnóstico (características, repercussões, evolução...).					
Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis.					
Compartilhamento do projeto terapêutico (participação ativa na tomada de decisão e planejamento terapêutico...).					
Comprometimento com o tratamento (envolvimento e responsabilidade para com o autocuidado possível no momento e condições biopsicossociais).					
SUBTOTAL					

- Problemas identificados / referidos: _____

4 SÍNTESE DA PONTUAÇÃO (TRANSCRIÇÃO DOS SUBTOTAIS OBTIDOS NO ITEM ANTERIOR)

COMPONENTES	SUBTOTAIS
Mental	
Relacional	
Comportamental	
Físico	
Auto Regulatório	
NOTA TOTAL	

5 POTENCIAL DE ADESÃO

A nota total oscilará entre 20 e 100 pontos. O pior resultado possível (20 pontos) resulta da obtenção da pontuação mínima (1) em todos os 20 indicadores avaliados. No contraponto, a pontuação máxima (5) em todos os 20 indicadores resultará em 100 pontos, valor equivalente ao melhor potencial de adesão.

Os cinco níveis propostos têm por base intervalos equivalentes, permitindo um gradiente de potencial de adesão que inclui possibilidades crescentes, desde o muito baixo, no momento e circunstâncias da avaliação, até o muito alto.

PONTOS	NÍVEL	CONDIÇÃO
20 - 36	MUITO BAIXO	Indisponibilidade em participar de orientações e compartilhamento de condutas; maioria dos comportamentos disfuncionais e irreduzíveis; complicações multidimensionais manifestas; instabilidade clínica recorrente, dependente de hospitalização.
37 - 53	BAIXO	Dificuldade em assimilar orientações e condutas; comportamentos disfuncionais reiterados; complicações multidimensionais manifestas; descompensações frequentes, algumas vezes dependentes de internação.
54 - 70	REGULAR	Compartilhamento moderado do planejamento terapêutico; comportamentos disfuncionais, com mobilização no sentido das metas conjuntamente acordadas; descompensações espaçadas passíveis de tratamento ambulatorial.
71 - 87	ALTO	Estabilidade de parâmetros multidimensionais, evolução ajustada ao tratamento. Solicitação de suporte social ou profissional sempre que necessário.
88 - 100	MUITO ALTO	Mesma expressão anterior, inclusive em situações de estresse.

APENDICE B

Formulário para Validação do Instrumento Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

Pesquisadora principal: Maria de Jesus Viana do Nascimento

Pesquisadoras Responsáveis: Profa Dra Grazia Maria Guerra

Profa Dra Cilene Aparecida Costardi Ide

*Obrigatório

Endereço de e-mail *

nvn2003@gmail.com



Prezado (a) Especialista. O Senhor (a) foi selecionado (a) a participar, desta pesquisa sob o título: Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento, desenvolvida como requisito para obtenção do título de mestre, do Mestrado Profissional em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, Campus Pompeia – SP. Essa pesquisa tem por objetivo validar o conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do potencial de adesão do adulto ao tratamento. Caso concorde em participar da pesquisa, você comporá a equipe de especialistas responsáveis pela validação de conteúdo do instrumento utilizado para a avaliação pretendida, nas diferentes etapas constitutivas deste processo. Reiteramos a necessidade de contarmos com a colaboração de profissionais que compartilhem o interesse no aprimoramento da prática assistencial na atenção ao crônico, com ênfase no manejo da adesão ao regime terapêutico, e que estejam dispostos a participar no processo de ampliação dos referenciais teórico metodológicos do atendimento numa perspectiva multidimensional, ao mesmo tempo clínica e psico-social. A contribuição requerida diz respeito à sua avaliação quanto à pertinência dos conteúdos e clareza dos enunciados relativos aos componentes do instrumento, incluindo os itens constitutivos de cada tópico. Após receber os esclarecimentos e informações necessárias e caso concorde em fazer parte do estudo, assinale ao final deste documento, registrando sua concordância eletronicamente. Esclarecemos que esse documento será arquivado em endereço eletrônico específico. Em caso de recusa ou desistência, não será penalizado (a) de forma alguma. Esclarecemos que as respostas e os dados obtidos neste estudo serão tratados de forma anônima e

confidencial, isto é, as informações obtidas serão analisadas em conjunto a de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum respondente. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a sua privacidade, confidencialidade e a proteção de sua imagem serão asseguradas. Existe o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins desta pesquisa e os resultados do estudo divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Essa pesquisa envolve riscos mínimos decorrentes do tempo disponibilizado para sua realização. O benefício relativo à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área da assistência ao adulto com comorbidades crônicas. Os dados obtidos subsidiarão o planejamento conjunto de experiências aptas a promover para o avaliado situações adequadas de aprendizagem, considerando os limites e possibilidades identificadas, propondo estratégias ajustadas para superá-las. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhuma circunstância e não receberão nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo que poderá retirar o seu consentimento livre e esclarecido a qualquer momento sem comprometer qualquer direito enquanto voluntário(a) da pesquisa. Antes de concordar em participar desta pesquisa é fundamental que compreenda as orientações e instruções contidas neste documento. Para qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca desta pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora ou com as orientadoras da pesquisa. Mestranda Pesquisadora: Maria de Jesus Viana do Nascimento, Cel: (11) 98737-9741, e-mail: nvn2003@gmail.com. Orientadora: Prof^a Dr^a Grazia Maria

Guerra, Cel: (11) 99620-1819, e-mail: enfmestrado@saocamilo-sp.br. Co-orientadora: Cilene Aparecida Costardi Ide, Cel: (11) 5584-8372, e-mail: cileneide@terra.com.br. Em caso de dúvidas sobre a ética aplicada na pesquisa poderá entrar em contato com o CoEp (Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo) pelo tel: (11) 3465-2669, e-mail: secretariacoep@saocamilo-sp.br. Frente ao exposto assinale uma das opções abaixo: *

- Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito dos conteúdos que li relativos ao estudo Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento. Tenho clareza do seu objetivo, assim como, dos procedimentos a serem utilizados na validação do instrumento. Também fui esclarecido (a) quanto à ausência de riscos relativos à minha participação que é isenta de despesas. Assim sendo, concordo voluntariamente em participar como especialista na validação pretendida e sei também que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem quaisquer penalidades ou prejuízos decorrentes dessa atitude.
- Não tenho interesse em participar da pesquisa.

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

Esclarecimento aos Especialistas

Prezado (a) especialista,

Fundamentando-se na premissa do Ministério da Saúde (2007) segundo o qual, adesão é um processo dinâmico e multifatorial, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais; tendo a pessoa, na sua dimensão intra e interpessoal, e o seu contexto de vida/saúde-doença como referência; Ide (2012) elaborou o Instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão a ser validado nesta pesquisa.

A elaboração deste instrumento teve por base intensa investigação bibliográfica no sentido de identificar e aproximar conceitos relativos ao uso de uma semiologia e intervenção de abrangência multidimensional, ao mesmo tempo clínica e psicossocial, ao manejo de crônicos (AYRES, 2004; BOARETTO, 2004; CASTIEL, 1999; DEJEURS, 1998; DESLANDES, 2004; IDE, 2010; IDE, 2013; MERHY, FEUERWERKER, 2009; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; MINAYO, 2004; PERESTRELLO, 1989; SPOLAORE, 2015; dentre outros).

Essa construção compõe um recurso gráfico apto a promover o registro, organização e categorização de dados objetivos e subjetivos passíveis de orientar condutas inerentes ao atendimento, possibilitando ao profissional a utilização das informações biopsicossociais que se mesclam e evoluem no sentido da avaliação multidimensional pretendida.

Cabe considerar, que o instrumento em validação representa um avanço tecnológico relevante no seguimento do crônico, reunindo informações, dando ao profissional possibilidades de qualificar e quantificar a condição e a evolução desse adulto em atendimento, configurando-se como elemento e produto desta abordagem.

Nesse sentido, seria possível associar essa ferramenta à atividade proposta, uma vez que ela favorece a exploração e construção de estratégias educativo assistenciais singulares no manejo das condições de vida/saúde-doença de adultos que convivem com a cronicidade.

Essas características são compatíveis com os objetivos que norteiam a abordagem multidimensional na atenção ao crônico, base teórica do estudo. Tornam-se, também, estratégias a serem viabilizadas por meio de práticas que invistam na capacidade holística e dinâmica de pessoas co-construírem seus processos vitais.

O ponto diferencial desse instrumento seria constituído pela plasticidade das possíveis combinações e interpretações das narrativas registradas, a serem

identificadas e relacionadas pelo profissional no momento da consulta.

Dessa forma, identificados os referenciais teóricos e também os desafios a serem enfrentados no sentido da validação pretendida, cabe investir no desenvolvimento deste estudo.

O instrumento em validação volta-se ao diagnóstico multidimensional do potencial de adesão, sendo constituído por cinco itens. A avaliação deverá ser desenvolvida no primeiro atendimento, mediante preenchimento dos seguintes tópicos:

1. Identificação
2. Anamnese Multidimensional
3. Avaliação Multidimensional
4. Síntese da Pontuação
5. Potencial de adesão

Delineada e fundamentada a composição do instrumento, solicitamos sua inestimável colaboração na avaliação do seu conteúdo, considerando as etapas e estratégias da técnica Delphi, mediante o preenchimento sequencial dos questionários a serem encaminhados no decorrer do trabalho.

O processo de validação do referido instrumento buscará obter consenso quanto ao conteúdo descrito. Caberá a cada especialista registrar sua avaliação quanto à clareza (condição de entendimento) e à pertinência (adequação conceitual) dos itens em avaliação, tendo por base uma escala Likert que atribuirá um escore numérico com cinco graus de concordância em relação ao atributo em análise. Com relação a clareza, incluirá as seguintes possibilidades de julgamento: totalmente incompreensível; incompreensível; nem incompreensível e nem compreensível; compreensível e totalmente compreensível; já com relação à pertinência: nada pertinente; pouco pertinente; pertinente; muito pertinente e muitíssimo pertinente.

Para que os especialistas possam complementar o julgamento de cada tópico, foi reservado um espaço ao final de cada item, no sentido de garantir-lhes o registro de comentários e sugestões voltadas ao aprimoramento considerado necessário.

Acreditando ter fornecido subsídios aptos a orientar sua participação, coloco-me à disposição para esclarecimentos que considerar necessário.

[VOLTAR](#)

[PRÓXIMA](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Nome

Sua resposta

Idade

- > 25 anos
- 25 - 35
- 36 - 46
- > 46 anos

Sexo

- FEM
- MASC



Estado Civil

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo

Email

Sua resposta

Telefone

Sua resposta

Formação

Graduação

Sua resposta

Ano de Conclusão

Sua resposta

Especialização

Sua resposta

Ano de Conclusão

Sua resposta

Mestrado

Sua resposta

Ano de Conclusão

Sua resposta

Doutorado

Sua resposta

Ano de Conclusão

Sua resposta

Pós-Doutorado

Sua resposta

Ano de Conclusão

Sua resposta

Livre Docência

Sua resposta

Ano de Conclusão

Sua resposta

Área de Atuação

- Ensino
- Pesquisa
- Assistência
- Gestão
- Consultoria/Assessoria
- Outros

Local de trabalho atual

Sua resposta

Tempo no local de trabalho atual

Sua resposta

Outras atividades desenvolvidas

Participação em associações de classe

- SIM
- NÃO

Quais?

Sua resposta

Participação em grupos de estudos e/ou de pesquisa

- SIM
- NÃO

Quais?

- Inserção
- Coordenador
- Membro

Participação em instâncias deliberativas de diferentes órgãos

- SIM
- NÃO

Quais?

Sua resposta

VOLTAR

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

INSTRUMENTO: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE ADESÃO

Esse processo de validação visa obter consenso quanto ao conteúdo do instrumento. Caberá a cada especialista registrar sua avaliação referente à clareza (condição de entendimento) e à pertinência (adequação conceitual) dos itens em análise. Com relação a clareza, incluirá as seguintes possibilidades de julgamento: 1. totalmente incompreensível; 2. incompreensível; 3. nem incompreensível e nem compreensível; 4. compreensível; e 5. totalmente compreensível; já com relação à pertinência: 1. nada pertinente; 2. pouco pertinente; 3. pertinente; 4. muito pertinente; 5. muitíssimo pertinente. Devendo o especialista avaliar cada questão, respondendo de 1 a 5, conforme quadro abaixo:

CLAREZA

1. Totalmente incompreensível
2. Incompreensível
3. Nem incompreensível e nem compreensível
4. Compreensível
5. Totalmente compreensível

PERTINÊNCIA

1. Nada pertinente
2. Pouco pertinente
3. Pertinente
4. Muito pertinente
5. Muitíssimo pertinente

VOLTAR

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

Identificação

Dados Pessoais

- Nome: _____ - Idade: _____ - Sexo: () Masc. () Fem.
 - Ocupação: _____ - No momento: () Empregado () Desempregado -
 Escolaridade: _____ - Estado Civil: _____ - Número de dependentes: _____ -
 Endereço: _____ - Tel.: () _____
 - Avaliador: _____ - Data da Entrevista: ____/____/____

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Recursos

- Renda Pessoal (n. de salários): _____ - Renda Familiar: _____ -

Moradia: () Própria () Alugada () Outros: _____ -

Renda Extra (pensão, aluguel, aposentadoria complementar): () SIM () NÃO - Qual? _____ -

Cobertura Assistencial: _____ -

Inclusão em Programas Sociais: () SIM () NÃO - Qual? _____ -

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				



Comentários

Sua resposta

VOLTAR

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

Anamnese Multidimensional - Auto Caracterização

Para iniciar o atendimento

- Para iniciar o atendimento, por favor, fale sobre você (o que considerar importante sobre o seu jeito de ser: traços marcantes, qualidades, defeitos, humor, valores, interesses, espiritualidade, projetos pessoais, satisfação consigo mesmo...).

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Fale de sua vida

- Fale de sua vida (trajetória, eventos marcantes, pessoas significativas, conquistas, perdas, satisfação com a própria vida...).

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				



Comentários

Sua resposta

Descreva o seu cotidiano

- Descreva um dia do seu cotidiano (referência cronológica e detalhada das atividades diárias, satisfação ao fim do dia...).

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Regime terapêutico

- Regime Terapêutico (caracterização dos tratamentos, dificuldades na adesão, comprometimento das atividades da vida diária, necessidade de ajuda...).

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

VOLTAR **PRÓXIMA**

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Nesse tópico estão referidos cinco componentes avaliativos. Cada um deles é constituído por quatro indicadores a serem avaliados por notas que oscilam entre 1 (pior resposta) e 5 (melhor resposta).

Serão avaliados de forma compartilhada cada um dos indicadores, respeitando condições simétricas de argumentação ao atribuir, em conjunto com o cliente em avaliação, uma nota (de 1 a 5) que melhor indique a condição dele no momento da consulta, a ser registrada na respectiva casela. Complementando essa avaliação, anote em cada espaço SUBTOTAL a soma das notas atribuídas aos indicadores dos respectivos componentes.

COMPONENTE MENTAL

Conjunto de funções cognitivas necessárias à percepção, compreensão, registro, valoração, planejamento e comunicação, verbal e não verbal de pensamentos e sentimentos. Essas operações interagem para a efetivação de comportamentos pessoais, manifestos em singulares possibilidades, inclusive de promover a própria saúde e bem-estar, considerando o respectivo contexto ambiental e social.

Saúde mental (presença/ausência de expressões de transtornos, condutas adequadas ao contexto, comprometimento com o bem viver possível...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta



Habilidades cognitivas (lucidez, narrativa organizada, memória, compreensão, capacidade de argumentação, condições de resolver problemas...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Tomada de decisão lúcida (consciência das escolhas, dos comportamentos, atitude responsável frente às opções...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Esquemas de pensamentos e crenças (presença /ausência de distorções cognitivas ou crenças irracionais). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

SUBTOTAL ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Problemas identificados / referidos:

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

COMPONENTE RELACIONAL

Conjunto de recursos intelectuais e emocionais necessários à promoção e manutenção de relações consigo, com o outro, e com o contexto de vida-saúde-doença-tratamento. Tais recursos fundamentam a construção de vínculos capazes de identificar demandas e ajustar possibilidades de contato e suporte assistencial.

Auto interesse (reconhecer-se como pessoa merecedora de investimentos na própria saúde e bem-estar com expressão de iniciativas em favor de si mesmo, a seu modo, ritmo e possibilidades). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Capacidade de estabelecer vínculos (referência a condições de interagir, dialogar, cooperar, manter laços interpessoais...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Habilidades sociais (utilização de expressões de gentileza: apresentar-se, agradecer, cumprimentar, dizer por favor, gestual amistoso...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Respostas emocionais (humor, receptividade ao outro, ausência /presença de expressões de sofrimento-choro imotivado, ideações autodestrutivas, silêncio prolongado, postura defensiva, qualidade das estratégias de enfrentamento de problemas...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

SUBTOTAL ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Problemas identificados / referidos:

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

COMPONENTE COMPORTAMENTAL


Conjunto de ações e reações individuais passíveis de observação, decorrentes de processos interativos entre si e seu meio ambiente, e que expressem formas pessoais de construir e lidar com a própria dinâmica de vida-saúde-doença-tratamento.

Autocuidado (dependência/autonomia e qualidade para realização dos cuidados pessoais, dependência/independência funcional, seguimento do regime terapêutico...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Organização do cotidiano (atividades da vida diária ajustadas às condições de saúde, capacidade de programação...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Utilização de recursos afetivos e materiais (busca ativa de suportes necessários à saúde, bem-estar e adesão ao tratamento). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Comportamentos em saúde (alimentação, atividade física, sono e repouso, lazer, sexualidade, controle do estresse, dependências...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

SUBTOTAL ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Problemas identificados / referidos:

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

COMPONENTE FÍSICO

Conjunto de expressões corporais, condições e parâmetros físicos que, em conjunto, indiquem a funcionalidade orgânica num dado momento, compondo um arsenal diagnóstico e terapêutico na perspectiva biológica.

Instabilidade/estabilidade de parâmetros físicos (peso, sinais vitais, dor, controles específicos). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico. Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Presença/ausência de lesões, complicações, limitações. Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Dependência/independência de cuidados especiais (bolsas, drenos, bombas de infusão, O₂, nutrição especial, reposição volêmica...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

SUBTOTAL ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Problemas Identificados / Referidos:

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Antecedentes Clínicos:

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Exame Físico Dirigido:

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

COMPONENTE AUTORREGULATÓRIO

Conjunto de ações pessoais, utilizando-se de recursos internos e externos, como forma intencional e planejada, com intuito de atingir a melhor adesão a terapia.

Aceitação do diagnóstico (características, repercussões, evolução...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis.

Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Compartilhamento do projeto terapêutico (participação ativa na tomada de decisão e planejamento terapêutico...). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Comprometimento com o tratamento (envolvimento e responsabilidade para com o autocuidado possível no momento e condições biopsicossociais). Nota de 1 a 5 ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

SUBTOTAL ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

Problemas identificados / referidos:

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

VOLTAR **PRÓXIMA**

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

SÍNTESE DA PONTUAÇÃO

Transcrição dos subtotais obtidos no item anterior

Mental () Relacional () Comportamental () Físico ()
Autorregulatório () NOTA TOTAL ()

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

VOLTAR

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários



Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento

POTENCIAL DE ADESÃO

A nota total oscilará entre 20 e 100 pontos. O pior resultado possível (20 pontos) resulta da obtenção da pontuação mínima (1) em todos os 20 indicadores avaliados. No contraponto, a pontuação máxima (5) em todos os 20 indicadores resultará em 100 pontos, valbr. equivalente ao melhor potencial de adesão.

Os cinco níveis propostos têm por base intervalos equivalentes, permitindo um gradiente de potencial de adesão que inclui possibilidades crescentes, desde o muito baixo, no momento e circunstâncias da avaliação, até o muito alto.

PONTOS: 20 - 36 / NÍVEL: Muito Baixo / CONDIÇÃO:

Indisponibilidade em participar de orientações e compartilhamento de condutas; maioria dos comportamentos disfuncionais e irredutíveis; complicações multidimensionais manifestas; instabilidade clínica recorrente, dependente de hospitalização.

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

PONTOS: 37 - 53 / NÍVEL: Baixo / CONDIÇÃO: Dificuldade em assimilar orientações e condutas; comportamentos disfuncionais reiterados; complicações multidimensionais manifestas; descompensações frequentes, algumas vezes dependentes de internação.

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

PONTOS: 54 - 70 / NÍVEL: Regular / CONDIÇÃO:

Compartilhamento moderado do planejamento terapêutico; comportamentos disfuncionais, com mobilização no sentido das metas conjuntamente acordadas; descompensações espaçadas passíveis de tratamento ambulatorial.

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

PONTOS: 71 - 87 / NÍVEL: Alto / CONDIÇÃO: Estabilidade de parâmetros multidimensionais, evolução ajustada ao tratamento. Solicitação de suporte social ou profissional sempre que necessário.

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

PONTOS: 88 - 100 / NÍVEL: Muito Alto / CONDIÇÃO: Mesma expressão anterior, inclusive em situações de estresse.

	1	2	3	4	5
CLAREZA	<input type="radio"/>				
PERTINÊNCIA	<input type="radio"/>				

Comentários

Sua resposta

VOLTAR

ENVIAR

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

APENDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa: Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão

Terapeutica: Validação de Instrumento

Pesquisadora principal: Maria de Jesus Viana do Nascimento

Pesquisadoras Responsáveis: Profa Dra Grazia Maria Guerra

Profa Dra Cilene Aparecida Costardi Ide

Prezado (a) Especialista,

Você está sendo convidado (a) a participar, de uma pesquisa sob o título: **Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapeutica: Validação de Instrumento**, desenvolvida como requisito para obtenção de Mestrado Profissional em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, Campus Pompeia – SP. Essa pesquisa tem por objetivo geral validar o conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do potencial de adesão do adulto ao tratamento.

Caso concorde em participar da pesquisa, você comporá a equipe de especialistas responsáveis pela validação de conteúdo do instrumento utilizado para a avaliação pretendida, nas diferentes etapas constitutivas deste processo.

Após receber os esclarecimentos e informações necessárias e caso concorde em fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, registrando sua concordância eletronicamente. Esclarecemos que esse documento será arquivado em endereço eletrônico específico. Em caso de recusa ou desistência, não será penalizado (a) de forma alguma. Esclarecemos que as respostas e os dados obtidos neste estudo serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, as informações obtidas serão analisadas em conjunto a de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum respondente. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a sua privacidade, confidencialidade e a proteção de sua imagem serão asseguradas. Há o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras.

Os dados coletados serão utilizados apenas para fins desta pesquisa e os resultados do estudo divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Essa pesquisa envolve riscos mínimos decorrentes do tempo disponibilizado para sua realização. O benefício relativo à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área da assistência ao adulto com comorbidades crônicas. Os dados obtidos subsidiarão o planejamento conjunto de experiências aptas a promover para o avaliado situações adequadas de aprendizagem, considerando os limites e possibilidades identificadas, propondo estratégias ajustadas para superá-las.

Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhuma circunstância e não receberão nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, sendo que você poderá retirar o seu consentimento livre e esclarecido a qualquer momento sem comprometer qualquer direito enquanto voluntário(a) da pesquisa. Antes de concordar em participar desta pesquisa é fundamental que compreenda as orientações e instruções contidas neste documento.

Para qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca desta pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora ou com as orientadoras da pesquisa. **Mestranda Pesquisadora: Maria de Jesus Viana do Nascimento**, Cel: (11) 98737-9741, e-mail: nvn2003@gmail.com. **Orientadora: Profª Drª Grazia Maria Guerra**, Cel: (11) 99620-1819, e-mail: enfmestrado@saocamilo-sp.br. **Co-orientadora: Cilene Aparecida Costardi Ide**, Cel: (11) 5584-8372, e-mail: cileneide@terra.com.br. Em caso de dúvidas sobre a ética aplicada na pesquisa poderá entrar em contato com o CoEp (Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo) pelo tel: (11) 3465-2669, e-mail: secretariacoep@sãocamilo-sp.br.

Frente ao exposto assinale uma das opções abaixo conforme sua opção

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito dos conteúdos que li relativos ao estudo **Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão Terapêutica: Validação de Instrumento**. Tenho clareza do seu objetivo, assim como dos procedimentos a serem utilizados na validação do instrumento. Também fui esclarecida quanto à ausência de riscos relativos à minha participação que é isenta de despesas. Assim sendo, concordo voluntariamente em participar como especialista na validação pretendida e sei também que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem quaisquer penalidades ou prejuízos decorrentes dessa atitude.

Não tenho interesse em participar da pesquisa.

_____ **Data:** ____/____/____

Assinatura do Especialista

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste especialista para a participação neste estudo.

_____ **Data:** ____/____/____

Assinatura do Responsável pelo estudo

APENDICE D

ESCLARECIMENTO AOS ESPECIALISTAS

Prezado (a) especialista,

Fundamentando-se na premissa do Ministério da Saúde (2007) segundo o qual, adesão é um processo dinâmico e multifatorial, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais; tendo a pessoa, na sua dimensão intra e interpessoal, e o seu contexto de vida/saúde-doença como referência; Ide (2012) elaborou o Instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão a ser validado nesta pesquisa.

A elaboração deste instrumento teve por base intensa investigação bibliográfica no sentido de identificar e aproximar conceitos relativos ao uso de uma semiologia e intervenção de abrangência multidimensional, ao mesmo tempo clínica e psicossocial, ao manejo de crônicos (AYRES, 2004; BOARETTO, 2004; CASTIEL, 1999; DEJEURS, 1998; DESLANDES, 2004; IDE, 2010; IDE, 2013; MERHY, FEUERWERKER, 2009; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; MINAYO, 2004; PERESTRELLO, 1989; SPOLAORE, 2015; dentre outros).

Essa construção compõe um recurso gráfico apto a promover o registro, organização e categorização de dados objetivos e subjetivos passíveis de orientar condutas inerentes ao atendimento, possibilitando ao profissional a utilização das informações biopsicossociais que se mesclam e evoluem no sentido da avaliação multidimensional pretendida.

Cabe considerar, que o instrumento em validação representa um avanço tecnológico relevante no seguimento do crônico, reunindo informações, dando ao profissional possibilidades de qualificar e quantificar a condição e a evolução desse adulto em atendimento, configurando-se como elemento e produto desta abordagem.

Nesse sentido, seria possível associar essa ferramenta à atividade proposta, uma vez que ela favorece a exploração e construção de estratégias educativo assistenciais singulares no manejo das condições de vida/saúde-doença de adultos que convivem com a cronicidade.

Essas características são compatíveis com os objetivos que norteiam a abordagem multidimensional na atenção ao crônico, base teórica do estudo. Tornam-se, também, estratégias a serem viabilizadas por meio de práticas que invistam na capacidade holística e dinâmica de pessoas co-construírem seus processos vitais.

O ponto diferencial desse instrumento seria constituído pela plasticidade das possíveis combinações e interpretações das narrativas registradas, a serem identificadas e relacionadas pelo profissional no momento da consulta.

Dessa forma, identificados os referenciais teóricos e também os desafios a serem enfrentados no sentido da validação pretendida, cabe investir no desenvolvimento deste estudo.

O instrumento em validação volta-se ao diagnóstico multidimensional do potencial de adesão, sendo constituído por cinco itens. A avaliação deverá ser desenvolvida no primeiro atendimento, mediante preenchimento dos seguintes tópicos:

1. Identificação
2. Anamnese Multidimensional
3. Avaliação Multidimensional
4. Síntese da Pontuação
5. Potencial de adesão

Delineada e fundamentada a composição do instrumento, solicitamos sua inestimável colaboração na avaliação do seu conteúdo, considerando as etapas e estratégias da técnica Delphi, mediante o preenchimento sequencial dos questionários a serem encaminhados no decorrer do trabalho.

O processo de validação do referido instrumento buscará obter consenso quanto ao conteúdo descrito. Caberá a cada especialista registrar sua avaliação quanto à clareza (condição de entendimento) e à pertinência (adequação conceitual) dos itens em avaliação, tendo por base uma escala Likert que atribuirá um escore numérico com cinco graus de concordância em relação ao atributo em análise. Com relação a clareza, incluirá as seguintes possibilidades de julgamento: totalmente

incompreensível; incompreensível; nem incompreensível e nem compreensível; compreensível e totalmente compreensível; já com relação à pertinência: nada pertinente; pouco pertinente; pertinente; muito pertinente e muitíssimo pertinente.

Para que os especialistas possam complementar o julgamento de cada tópico, foi reservado um espaço ao final de cada item, no sentido de garantir-lhes o registro de comentários e sugestões voltadas ao aprimoramento considerado necessário.

Acreditando ter fornecido subsídios aptos a orientar sua participação, coloque-me à disposição para esclarecimentos que considerar necessário.

APENDICE E

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

- Nome: _____
- Idade: _____ - Sexo: () Masc. () Fem. - Estado Civil: _____
- E-mail: _____
- Tel: () _____

Formação

- Graduação: _____
- Ano de Conclusão: _____
- Especialização: _____
- Ano de Conclusão: _____
- Mestrado: _____
- Ano de Conclusão: _____
- Doutorado: _____
- Ano de Conclusão: _____
- Pós-Doutorado: _____
- Ano de Conclusão: _____
- Livre docência: _____
- Ano de Conclusão: _____

Área de atuação

- () Ensino () Pesquisa () Assistência () Gestão
- () Consultoria/Assessoria () Outro _____

- Local de trabalho atual: _____

Tempo no local de trabalho atual: _____

Outras atividades desenvolvidas

- Participação em associações de classe: () Sim () Não

Quais: _____

- Participação em grupos de estudos e/ou de pesquisa: () Sim () Não

Quais: _____

() Inserção

() Coordenador

() Membro

- Participação em instâncias deliberativas de diferentes órgãos:

() Sim () Não

Quais: _____

APÊNDICE F

Quadro 3 - Sugestões dos especialistas com relação à Identificação (dados pessoais e recursos socioeconômicos), São Paulo, 2017.

GRUPO	QUESTÕES	CATEGORIA	SUGESTÃO
IDENTIFICAÇÃO	Dados Pessoais	Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> - “Na idade é melhor colocar data de nascimento. Assim se tiveres que utilizar os dados para outros estudos, fica melhor para avaliar a variável e sempre estará atualizada. Na escolaridade seria interessante colocar a referência, utilizando os mesmos parâmetros, do Brasil 2015 (a mesma do Censo)”. - “Deveria haver espaço para formação também que pode ser diferente da ocupação e pode ser determinante de estados de tristeza e frustração, se formação diferir da ocupação”. - “O endereço e telefone seriam somente para registro e possível contato?” - “Sugiro acrescentar se empregado, que tipo de atividade exerce”. - “Pode estar empregado, mas afastado ou ser aposentado”.
	Recursos Socioeconômicos	Estrutura/ Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Na renda poderias utilizar o mesmo critério Brasil (2015). É atualizado e já estratifica por classe social. O que quer dizer com cobertura assistencial? E inclusão em programas sociais?” - “Renda familiar: deveria haver espaço também para ser identificado se a pessoa tem acesso à renda familiar. Pode ser que ela não tenha acesso à renda familiar e isso comprometa a adesão ao tratamento (sem condições de compra de alimentos, medicamentos ou práticas complementares como atividade física e deslocamento para o serviço de saúde)”. - “Não está claro o que é a cobertura assistencial. Seria importante perguntar com quantas pessoas mora, as vezes a renda de um idoso com doença crônica, por exemplo, é a de toda família. E quem é o responsável pelo cuidado do entrevistado?” - “Tenho dúvida sobre se alguns dos itens apresentados são relevantes (moradia). Não está claro a que se refere em relação à Cobertura assistencial.”

Quadro 4 - Sugestões dos especialistas referente à auto caracterização, São Paulo, 2017.

GRUPO	QUESTÕES	CATEGORIA	SUGESTÃO
Anamnese Multidimensional - Auto Caracterização	Para iniciar o tratamento	Clareza/ Vocabulário	<p>- "...conte-me como você é, como pessoa... ou ..."</p> <p>- "Fico na dúvida em relação a ser pertinente este aspecto. Na primeira avaliação nem todos os pacientes falam sobre si mesmo, até porque não tem ainda um vínculo fortalecido com o entrevistador para se exporem. Será que não dá para utilizar alguma escala já pronta, como por exemplo a de humor? Mas também acredito que os fatos de alguns aspectos pessoais influenciem na questão de adesão ao tratamento".</p> <p>- "Colocar um item: coisas que você gosta em você. As pessoas mais simples têm dificuldade em entender termos como traços marcantes; suas qualidades ou valores. Passo por isso com frequência e preciso explicar. Por exemplo: projetos pessoais por "seus sonhos" e o que "conseguiu realizar".</p> <p>- "É muito genérico e não está clara a relevância e como será avaliado pelo profissional".</p>
	Fale de sua vida	Clareza/ Vocabulário	<p>- "Será que a pessoa não vai pensar que o interesse é nas questões referentes a doença? "</p> <p>- "Isto também poderá ser difícil no primeiro momento, mais pelo próprio vínculo com o entrevistador. Fico me colocando no lugar do paciente, não me exporia para as pessoas sem antes conhecê-las. E também não acho que todos estes aspectos possam influenciar. Talvez a questão do cuidador ou pessoas significativas".</p> <p>- "Como a pessoa fará diferença entre o item "para iniciar o atendimento" e "fale sobre sua vida"? Sugestão: fale coisas que já aconteceram com você e que você acha importante".</p> <p>- "É muito genérico e não está clara a relevância e como será avaliado pelo profissional".</p>
	Descreva o seu cotidiano	Clareza/ Vocabulário	<p>- "Para o especialista é claro o item, mas para algumas pessoas mais simples "cotidiano" não é palavra comum e precisa ser explicada, sugestão: fale o que você faz todos os dias, sua rotina, desde o momento que acorda até o momento que vai dormir".</p> <p>- "Pergunta muito ampla, cujas respostas poderão ser incompreensíveis".</p> <p>- "É muito genérico e não está clara a relevância e como será avaliado pelo profissional".</p>

Continuação

<p>Anamnese Multidimensional - Auto Caracterização</p>	<p>Regime Terapêutico</p>	<p>Clareza/ Estrutura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Como será avaliado o comprometimento da VD”? - “São muitas informações para um item apenas. Ele deveria estar subdividido. Alguém que estiver fazendo o atendimento pode esquecer algum item e perguntar um dado para um paciente e outro dado diferente para outro. Por exemplo: para uma pergunta sobre dificuldade de fazer o tratamento e para outra pergunta se precisa de ajuda. São coisas muito diferentes e deveriam estar isoladas em subitens, já que em um atendimento o paciente apresenta muitos dados e o fato deste inventário oferecer oportunidade para uma conversa aberta o entrevistador pode se perder. Este item é muito importante”. - “Na caracterização do tratamento serão perguntas objetivas? Caso contrário pode ficar incompreensível”. - “Pergunta também muito ampla”. - “Sugiro: descrever o tratamento medicamentoso e não medicamentoso”. - “Essa questão, apesar da pertinência, está muito genérica e não dá indicação clara da resposta desejada. Explora muitos e variados âmbitos que devem constar do instrumento específico e não de uma parte de identificação”.
---	---------------------------	-------------------------------	--

Quadro 5 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente mental, São Paulo, 2017.

GRUPO	QUESTÕES	CATEGORIA	SUGESTÃO
Avaliação Multidimensional (Componente Mental)	Saúde Mental	Estrutura/ Clareza	<p>- “É um item muito importante para ser avaliado e compromete/tem relação direta com a adesão ou não à proposta terapêutica. Acho que deve ser mais detalhado em subitens”.</p> <p>- “Os itens são pertinentes, porém como serão avaliadas essas expressões de transtornos”?</p> <p>- “Deixar mais claro o que significa expressões de transtornos”.</p> <p>- “Há poucas informações para o profissional fazer uma avaliação mais precisa, especialmente sobre “comprometimento com o bem viver”. Além disso, cada profissional pode usar critérios diferentes. Também é muito amplo”.</p>
	Habilidades Cognitivas	Clareza	<p>- “Condições para resolver problemas não pode ser avaliado em um único contato entrevistador-entrevistado. Este item é muito importante para adesão ao tratamento. Uma pessoa pode ser lúcida, mas ter uma narrativa completamente desorganizada. Minha sugestão é subdividir este item”.</p> <p>- “Como o profissional vai avaliar esses aspectos, especialmente: “condições de resolver problemas”?</p>
	Tomada de decisão	Clareza/ Estrutura	<p>- “Item muito relevante, mas impossível de ser verificado na prática em apenas um contato inicial. Inicialmente uma pessoa pode fazer uma/tomar uma decisão assertiva para o seu tratamento e, posteriormente, não conseguir manter essa decisão. Este é um dado para ser avaliado ao longo de uma proposta terapêutica e não apenas inicialmente”.</p> <p>- “Está faltando perguntas que busquem avaliar Auto eficácia: percepção de sucesso nas ações empreendidas. Há muitos estudos que avaliam baixa auto eficácia com baixa capacidade de autogerenciamento na doença crônica”.</p> <p>- “Como o profissional vai avaliar esses aspectos”?</p>
	Esquema de pensamentos e crenças	Vocabulário/ Clareza	<p>- “O item é claro e pertinente, mas não um apenas. Esquemas de pensamento e crenças são coisas completamente diferentes. Item importante, mas precisa ser avaliado independentemente: esquemas de pensamentos, um item e outro, crenças”.</p> <p>- “Como serão avaliadas as distorções cognitivas”?</p> <p>- “Poderia estar escrito de forma mais clara, porque esquemas de pensamentos e crenças estão sempre presentes e, não necessariamente, são disfuncionais. Como as distorções cognitivas e as crenças irracionais serão julgadas”?</p> <p>- “Deixar mais claro o que significa distorções cognitivas”.</p> <p>- “Como o profissional vai avaliar esses aspectos”?</p> <p>- “Para as questões cognitivas/mental e comportamentais deve-se levar em conta a questão da idade. Distorções cognitivas e de memória tem testes específicos para este tipo de avaliação e só dá uma indicação de distúrbio, não o diagnóstico. As crenças são muito pessoais e deve-se ter muito cuidado com isto, pois o que pode ser errado para mim é certo para outro e vice-versa”.</p>

Quadro 6 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente comportamental, São Paulo, 2017.

GRUPO	QUESTÕES	CATEGORIA	SUGESTÃO
Avaliação Multidimensional (Componente Comportamental)	Autocuidado	Utilização de escalas/ Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Existem escalas que classificam a questão do autocuidado e independência funcional. Acho que pode ser um critério melhor do que o que estão utilizando, pois é muito amplo”. - “O item é claro e pertinente, mas não pode ser avaliado na prática em um contato inicial. Uma pessoa pode ter atitudes de autocuidado, ser independente, mas não conseguir seguir uma proposta terapêutica e, este só pode ser avaliado ao longo da assistência e não em contato inicial”. - “Quais os critérios para avaliar o grau de dependência”? - “Aqui eu acredito que seria melhor " Capacidade para o Autocuidado”. - “É um item essencial, mas também tenho dúvidas como o profissional irá obter todos os dados que lhe possibilitem essa avaliação”.
	Organização do cotidiano	Uso de escalas	<ul style="list-style-type: none"> - “Existem escalas que classificam a questão do autocuidado e independência funcional. Acho que pode ser um critério melhor do que o que estão utilizando, pois é muito amplo”. - “Item relevante que não pode ser analisado em contato inicial”. - “Trazer para lembrança o que são as atividades da vida diária”.
	Utilização de recursos afetivos e materiais	Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Dos recursos materiais utiliza-se alguma coisa de terapia assistida”? - “Item relevante que não pode ser analisado em contato inicial”. - “Utilização de recursos é diferente de busca ativa”.
	Comportamentos em Saúde	Estrutura/ Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Precisa ser subdividido. Uma pessoa pode ter comportamento esperado para alimentação, mas não para o controle do estresse”. - “Quais dependências? Ou em que área”? - “Não está claro o que busca, pois são muitos e distintos itens. A pessoa pode ter uma alimentação adequada, mas não fazer atividade física, etc”.
	Problemas Identificados / Referidos	Clareza	-“Referente ao quesito componente comportamental? Isto tem que ficar claro na questão. Estas questões serão auto aplicadas”?

Quadro 7 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente físico, São Paulo, 2017.

GRUPO	QUESTÕES	CATEGORIA	SUGESTÃO
Avaliação Multidimensional (Componente Físico)	Instabilidade/ Estabilidade de parâmetros físicos	Clareza/Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> - “Como serão avaliados cada parâmetro”? - “Esses parâmetros físicos estão relacionados com a adesão? Não está muito claro”. - “Não é possível colocar tantos e distintos parâmetros com uma só avaliação. Pode ter estabilidade num item e instabilidade em outro”.
	Presença/ausência de queixas, sinais e sintomas de comprometimento orgânico	Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Não ficou claro o que está buscando, pois, ao colocar presença/ausência, fica confusa a resposta...”
	Presença/ausência de lesões, complicações, limitações	Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Quais lesões”? - “De ordem de “mobilização”?” - “Não ficou claro o que está buscando, pois, ao colocar presença/ausência, fica confusa a resposta...”
	Dependência/independência de cuidados especiais	Clareza/ Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> - “Como serão avaliados cada parâmetro”? - “Deixaria este item restrito aos artefatos clínicos: sondas, cateteres, drenos... “ - “Não ficou claro o que está buscando, pois, ao colocar presença/ausência, fica confusa a resposta...”
	Antecedentes Clínicos	Vocabulário/ Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Eu entendi, mas se isso for perguntado ao paciente, talvez ele não saiba o que responder sobre Antecedentes Clínicos”. - “Qualquer um? Será aberto”? - “Não entendi”.
	Exame Físico Dirigido	Clareza	<ul style="list-style-type: none"> - “Tem um roteiro? É isto”? - “Aberto”? - “Não entendi”.

Quadro 8 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente relacional, São Paulo, 2017.

GRUPO	QUESTÕES	CATEGORIA	SUGESTÃO
Avaliação Multidimensional (Componente Relacional)	Auto Interesse	Clareza	<p>-“Reconhecer-se como pessoa merecedora não necessariamente significa auto interesse. ”</p> <p>- “Item importante, mas nem sempre possível de ser avaliado em um contato inicial”.</p> <p>- “Acho que "auto interesse" não é um conceito usual para nós, apesar de ser compreensível... Autocuidado acho que é melhor”!</p> <p>-“Como o profissional vai avaliar esses aspectos”?</p>
	Capacidade de estabelecer vínculos	Clareza	<p>- “Vínculo com quem”?</p> <p>-“Item importante, mas nem sempre possível de ser avaliado em um contato inicial”</p> <p>-“Entendi, mas não sei se vai ficar claro para o paciente”.</p> <p>-“Como o profissional vai avaliar esses aspectos? ”</p>
	Habilidades sociais	Clareza	<p>- “Não entendi o que isto tem a ver com adesão”.</p> <p>- “Considerando que o objetivo são identificação de "atributos" para adesão terapêutica, julgo que tem elementos (habilidades) distintas agrupadas em "habilidades cognitivas". Assim, memória é uma variável importante e condições de resolver problemas também. Uma pessoa que tem a 1a e não tem a 2a preenche esta questão como? Outro exemplo: se falta-lhe memória, mas tem capacidade de compreender informações, há mecanismos educativos eficazes que operam com os princípios da educação behaviorista que resolvem o problema da adesão também. MINHA sugestão: não misturas habilidades cognitivas intervenientes no que se deseja medir. ”</p>
	Respostas Emocionais	Clareza/ Estrutura	<p>- “O item é claro e pertinente, mas muito complexo! Precisa ser subdivido. Por exemplo receptividade e qualidade de estratégias de enfrentamento são coisas muito diferentes”.</p> <p>- “Como será avaliada a postura defensiva”?</p> <p>- “Respostas emocionais "pertinentes" ou "adequadas". Precisa de complemento”.</p>

Quadro 9 - Sugestões dos especialistas referente à avaliação multidimensional, componente auto regulatório, São Paulo, 2017.

GRUPO	QUESTÕES	CATEGORIA	SUGESTÃO
Avaliação Multidimensional (Componente Auto regulatório)	Aceitação do Diagnóstico	Clareza/ Vocabulário	<p>- “É possível observar e inferir aceitação do diagnóstico, mas é preciso acompanhamento do paciente para afirmar que aceita sua evolução. Aceitar o diagnóstico é uma coisa, aceitar a evolução do seu adoecimento é outra completamente diferente”.</p> <p>- “Acho difícil medir isto na contundência que a pergunta está formulada”!</p> <p>- “O que está entre parênteses confunde, pois não entendi o que seria características, repercussões e evolução, além de não estar claro as reticências”.</p>
	Compreensão das orientações, condutas e cuidados cabíveis	Clareza	<p>- “Como será medido”?</p> <p>- “Como vai avaliar isso”?</p>
	Compartilhamento do Projeto Terapêutico	Clareza	<p>- “Compartilhamento com quem? Profissionais? Familiares? Ambos”?</p> <p>- “Parece que há confusão, pois, a iniciativa de compartilhamento do projeto terapêutico é dos profissionais da saúde... o que entre parênteses parece mais adequado”.</p>
	Comprometimento com o Tratamento	Clareza	<p>- “Item pertinente, mas condições biopsicossociais são determinantes do processo saúde-doença-cuidado e nem sempre favorecem o envolvimento do doente e, muito menos reflete sua responsabilidade para com o tratamento. O doente pode ser responsável, mas existem determinantes alheios que comprometem sua adesão”.</p> <p>- “Como iria avaliar esse item? Que subsídios iria utilizar nessa avaliação”?</p>

Anexo

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

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO POTENCIAL DE ADESÃO TERAPÊUTICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO

Pesquisador: MARIA DE JESUS VIANA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62793416.4.0000.0062

Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.880.531

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo para validação do conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do potencial de adesão do adulto ao tratamento. O referido instrumento será avaliado por enfermeiros doutores, especialistas na área, no sentido de ser uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de atividades educativo assistenciais, necessárias à potencialização da adesão terapêutica. Para a validação de conteúdo referente ao instrumento proposto será utilizada a técnica Delphi.

Pesquisadores consideram a necessidade de buscar um sistema de avaliação da adesão compatível com a amplitude e complexidade conceitual referida, e que ao mesmo tempo, seja realmente praticável, tendo por base um instrumento construído em sintonia com os referenciais do estudo, evidenciando a atualidade e relevância dessa investigação.

Dessa forma, identificados os referenciais teóricos e também os desafios a serem enfrentados no processo da validação pretendida, cabe investir no desenvolvimento deste estudo, com o intuito de responder à seguinte questão: os conteúdos e critérios que compõem o instrumento de Avaliação Multidimensional do Potencial de Adesão proposto por Ide (2012) atenderão aos requisitos de clareza e pertinência necessários à validação de conteúdo?

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144

Bairro: Pompéia

CEP: 05.025-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3465-2654

E-mail: coep@saocamilo-sp.br



Continuação do Parecer: 1.880.531

Objetivo da Pesquisa:

Validar o conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do potencial de adesão do adulto ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando que os participantes do estudo são doutores na área da enfermagem e desempenharão um papel de consultor, não há uma relação de vulnerabilidade. Assim, não há riscos aos participantes.

Como benefícios será a obtenção de um instrumento validado para aumentar o conhecimento científico na área da assistência ao adulto com comorbidades crônicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

*Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo - SP.

*Projeto de pesquisa vinculado ao Curso de Mestrado em Enfermagem no processo de cuidar em saúde.

*Instituição Coparticipante: Não há.(grupo de especialistas)

*Tipo de pesquisa: qualitativa exploratória, onde será feita a validação de um instrumento por 12 (doze) enfermeiros especialistas. O mesmo segue a técnica de Delphi que indica três princípios básicos: o anonimato dos respondentes, o feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes e o aprimoramento do instrumento até atingir consenso dos especialistas.

*Caracterização do participante do estudo: os enfermeiros que darão seu parecer sobre o instrumento deverão ter título de doutorado; serem considerado pelos pares um profissional de referência nesse âmbito de atuação/investigação; estarem vinculados a instituições de ensino, pesquisa, assistência ou a órgãos de classe da Enfermagem; terem produção científica que privilegie questões relativas à temática; terem disponibilidade para participar das diferentes etapas da validação.

*Procedimento junto ao participante: será feito um contato prévio entre a pesquisadora e cada um dos especialistas selecionados, para aproximação e minimização de dúvidas iniciais, além de aumentar a interação necessária à viabilização do estudo. Esse contato será feito mediante utilização de plataforma eletrônica, com endereço exclusivo para essa finalidade. A decisão em participar será lavrada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será encaminhado eletronicamente. A seguir serão encaminhados Ficha de identificação (com dados de caracterização do participante); Instrumento de Avaliação Multidimensional do potencial de Adesão a ser validado. As avaliações realizadas serão armazenadas eletronicamente. Cada especialista registrará sua avaliação quanto à clareza (condição de entendimento) e à pertinência (adequação

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144

Bairro: Pompéia

CEP: 05.025-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3465-2654

E-mail: coep@saocamilo-sp.br



Continuação do Parecer: 1.880.531

conceitual) dos itens em avaliação, tendo por base uma escala Likert que atribuirá um escore numérico com cinco graus de concordância em relação ao atributo em análise.

*Abordagem dos participantes: Será feita por via eletrônica.

*Análise dos dados: Todos os dados serão armazenados em planilhas do Excel e será realizada uma análise descritiva das respostas dos especialistas para cada item do questionário, através do cálculo de porcentagens dos itens clareza e pertinência. Para a validação do instrumento será utilizada estatísticas de concordância (correlação intraclasse), com o intuito de verificar a convergência das avaliações dos participantes relativas aos diferentes tópicos constitutivos do instrumento.

*TCLE está claro, contém informações pertinentes ao estudo.

*Coleta de dados estimada para dezembro de 2016, com término previsto para março para 2017.

*Orçamento: Consta um orçamento de R\$ 6800,00, segundo informações da plataforma com recursos do próprio pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de Rosto de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos assinada pelo pesquisador e instituição proponente,
- Carta de autorização da instituição coparticipante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após discussão em plenária o protocolo de pesquisa foi aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o relatório de acompanhamento da pesquisa após o término do estudo.

Informações no site: www.saocamilo-sp.br --> institucional --> comissões --> coep --> relatório de pesquisa.

Enviar o relatório por meio da Plataforma Brasil, Anexar o relatório no ícone "Enviar Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_820901.pdf	05/12/2016 14:41:35		Aceito
Outros	PARECER.pdf	05/12/2016	MARIA DE JESUS	Aceito

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144

Bairro: Pompéia

CEP: 05.025-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3465-2654

E-mail: coep@saocamilo-sp.br



Continuação do Parecer: 1.880.531

Outros	PARECER.pdf	12:04:02	VIANA DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	05/12/2016 10:10:10	MARIA DE JESUS VIANA DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	04/11/2016 14:41:50	MARIA DE JESUS VIANA DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/11/2016 14:34:12	MARIA DE JESUS VIANA DO NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Adriana Aparecida de Faria Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Raul Pompéia,144
 Bairro: Pompéia CEP: 05.025-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3465-2654 E-mail: coep@saocamilo-sp.br