

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

**LETÍCIA MATTOS GONÇALVES**

RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO: VALIDADE DE CONTEÚDO  
DIAGNÓSTICA E PRODUÇÃO DE PROTÓTIPO DE INFOGRÁFICO PARA  
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

RIO DE JANEIRO

2024

Letícia Mattos Gonçalves

RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO: VALIDADE DE CONTEÚDO  
DIAGNÓSTICA E PRODUÇÃO DE PROTÓTIPO DE INFOGRÁFICO PARA  
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Dissertação de mestrado apresentado ao programa de Pós-graduação de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Oliveira Pitta Lopes

Rio de Janeiro

2024

## CIP - Catalogação na Publicação

G648r      Gonçalves, Leticia Mattos  
              RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO:  
              VALIDADE DE CONTEÚDO DIAGNÓSTICA E PRODUÇÃO DE  
              PROTÓTIPO DE INFOGRÁFICO PARA AVALIAÇÃO DE  
              ENFERMAGEM / Leticia Mattos Gonçalves. -- Rio de  
              Janeiro, 2024.  
              196 f.

              Orientador: Rafael Oliveira Pitta Lopes.  
              Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
              Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
              Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

              1. Estudo de Validação. 2. Diabetes Mellitus. 3.  
              Controle Glicêmico. 4. Diagnóstico de Enfermagem. 5.  
              Terminologia Padronizada em Enfermagem. I. Lopes,  
              Rafael Oliveira Pitta, orient. II. Título.

Letícia Mattos Gonçalves

RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO: VALIDADE DE CONTEÚDO  
DIAGNÓSTICA E PRODUÇÃO DE PROTÓTIPO DE INFOGRÁFICO PARA  
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2024

---

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão, EEAN/UFRJ – Presidente

---

Prof. Dr. Renan Alves Silva, UFCG - 1º Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Faria Campos, EEAN/UFRJ – 2º Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane Barreto Cardoso, EEAN/UFRJ – 1º Suplente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscilla Alfradique de Souza, EEAP/UNIRIO – 2º Suplente

## RESUMO

GONÇALVES, Letícia Mattos. **Risco de Padrão Glicêmico Desequilibrado: Validade de Conteúdo Diagnóstica e Produção de Protótipo de Infográfico para Avaliação de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2024. 196f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024.

O diagnóstico de enfermagem Risco de padrão glicêmico desequilibrado (DE RPGD) encontra-se validado no âmbito teórico-causal, baseada no desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance. Então, segundo os critérios estabelecidos por NANDA Internacional este diagnóstico encontra-se validado no nível 2.1.2 validade teórico-causal e com isso compreende-se a necessidade de elevá-la ao nível 2.2.2 Validade potencial do conteúdo diagnóstico. Objetivo: Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de padrão glicêmico desequilibrado” e elaborar um infográfico educativo baseado nos componentes do diagnóstico validados em conteúdo. Método: Estudo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem RPGD baseado na sabedoria coletiva, de abordagem quantitativa. Todas as etapas do presente estudo foram realizadas no âmbito virtual. A seleção dos experts foi realizada através do Diretório dos grupos de pesquisa no Brasil Lattes pelo portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela da técnica *snowball sampling* (“bola-de-neve”). Para a classificação dos experts, foram utilizados os critérios de classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009). Amostra foi composta por 48 *experts*. O instrumento de coleta elaborado via *google form* e composto por seis seções. Os dados foram organizados em uma planilha no *software Microsoft office Excel 365*. Em seguida, os dados foram importados para o software estatístico R versão 4.1.1 para devido tratamento analítico dos testes estatísticos. Para o tratamento dos dados descritivos foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM- SPSS) versão 24. A caracterização dos experts foi realizada com base na análise descritiva. Na validade de conteúdo fez-se uso de estatísticas descritivas sendo calculado o Índice de Validade de Conteúdo. Por fim, foi avaliado a concordância dos experts através do Teste de Kappa de Fleiss e Gwet considerando 5% como nível de significância e 95% de confiança. Para o desenvolvimento do infográfico foi utilizado o modelo proposto por Carvalho e Aragão (2012), que consiste em três fases: 1) concepção; 2) execução; e 3) acabamento. Foi obtido a amostra de 51 experts, sendo 45% (nº 23) classificado como iniciante avançado. Todos os componentes diagnósticos foram validados e realizado ajuste na definição diagnóstica para “susceptibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose fora do alvo desejável ao longo do dia e/ou em dias subsequentes”, os fatores relacionados com menor índice foram disfunção

cognitiva, consumo excessivo de álcool e exercício físico diário excessivo, nas populações em risco foram indivíduos de ascendência africana e indivíduos indígenas e com relação as condições associadas foram preparações farmacêuticas e indivíduos com úlceras em MMII. Foi produzido o infográfico em três categorias, a saber: definição e fatores de risco; condições associadas e populações em risco. O presente estudo atendeu aos objetivos gerais e específicos propostos e realizou a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de Padrão Glicêmico desequilibrado” além da elaboração do protótipo do infográfico referente ao diagnóstico de enfermagem “Risco de Padrão Glicêmico desequilibrado”.

Palavras-chave: Estudo de Validação; Diabetes Mellitus; Controle Glicêmico; Diagnóstico de Enfermagem; Endocrinologia; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

## ABSTRACT

GONÇALVES, Letícia Mattos. **Risk of Imbalanced Blood Glucose Pattern: Diagnostic Content Validity and Prototype Production of an Infographic for Nursing Assessment.** Rio de Janeiro, 2024. 196f. Dissertation (Master's in Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro.2024

The nursing diagnosis Risk of an imbalanced blood glucose pattern (RPGD) is validated in the theoretical-causal sphere, based on the development of a Middle-Range Theory. Therefore, according to the criteria established by NANDA International, this diagnosis is validated at level 2.1.2 theoretical-causal validity, which makes it necessary to raise it to level 2.2.2 potential validity of the diagnostic content. To validate the content of the nursing diagnosis “Risk of imbalanced blood glucose pattern” and to develop an educational infographic based on the components of the diagnosis validated in content. Content validity study of the RPGD nursing diagnosis based on collective wisdom, with a quantitative approach. All the stages of this study were carried out virtually. The experts were selected using the Lattes Directory of Research Groups in Brazil on the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) website and the snowball sampling technique. The classification criteria of Benner, Tanner and Chesla (2009) were used to classify the experts. The sample consisted of 48 experts. The collection instrument was prepared via google form and consisted of six sections. The data was organized in a Microsoft office Excel 365 spreadsheet. The data was then imported into the statistical software R version 4.1.1 for the analytical treatment of the statistical tests. The Statistical Package for the Social Sciences (IBM- SPSS) software version 24 was used to process the descriptive data. The experts were characterized using descriptive analysis. For content validity, descriptive statistics were used and the Content Validity Index was calculated. Finally, the agreement of the experts was assessed using the Fleiss and Gwet Kappa Test, considering 5% as the level of significance and 95% confidence. The model proposed by Carvalho and Aragão (2012) was used to develop the infographic, which consists of three phases: 1) conception; 2) execution; and 3) finishing. A sample of 51 experts was obtained, with 45% (no. 23) classified as advanced beginners. All the diagnostic components were validated and an adjustment was made to the diagnostic definition to “susceptibility to recurrent fluctuations in glucose level outside the desirable target throughout the day and/or on subsequent days”, the factors related to the lowest index were cognitive dysfunction, excessive alcohol consumption and excessive daily physical exercise, the populations at risk were individuals of African descent and indigenous individuals and with regard to associated

conditions were pharmaceutical preparations and individuals with ulcers in the lower limbs. The infographic was produced in three categories, namely: definition and risk factors; associated conditions and populations at risk. This study met the general and specific objectives proposed and validated the content of the nursing diagnosis “Risk of imbalanced blood glucose pattern”, as well as producing an infographic.

**Keywords:** Validation Study; Diabetes Mellitus; Glycemic Control; Nursing Diagnosis; Endocrinology; Standardized Nursing Terminology; Nursing Care



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 01	Infográfico RPGD – Definição e Fatores de Risco: Parte 1	66
Figura 02	Infográfico RPGD – Definição e Fatores de Risco Parte: 2	67
Figura 03	Infográfico RPGD – Definição e Populações em Risco	68
Figura 04	Infográfico RPGD – Definição e Condições Associadas Parte 1	69
Figura 05	Infográfico RPGD – Definição e Condições Associadas Parte 2	70
Figura 06	Infográfico RPGD – Definição e Condições Associadas Parte 3	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM	Diabetes Mellitus
HbA1C	Hemoglobina Glicada
CGM	Monitoramento Contínuo de Glicose
TIR	<i>Time in Range</i>
PE	Processo de Enfermagem
DE	Diagnóstico de enfermagem
NANDA-I®	NANDA Internacional
RPGD	Risco de Padrão Glicêmico Desequilibrado
DDC	<i>Diagnosis Development Committee</i>
TMA	Teoria de Médio Alcance
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ISO	Organização Internacional de Padronização
TECCONSAE	Grupo de pesquisa em Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem
PGD	Padrão Glicêmico Desequilibrado
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
SECNS	Secretaria-executiva do Conselho Nacional de Saúde
MS	Mistério da Saúde
CAAE	
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
e-mail	Correio eletrônico
IBM-SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
KDIGO	<i>Kidney Disease Improving Global Outcomes</i>
IIQ	Intervalo Interquartil
DP	Desvio Padrão
IC 95%	Intervalo de confiança de 95%
LI	Limite inferior
LS	Limite superior
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
MEEM	Miniexame do Estado Mental
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
FR	Fatores de Risco
MoCA	Escala de Avaliação Cognitiva de Montreal
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
OMS	Organização mundial de Saúde

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\Sigma$	Somatório.
$Z_{1-\alpha/2}$	Nível de confiança a ser adotado
S	Representa o desvio padrão
$\sigma$	Erro amostral

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Componentes do diagnóstico Risco de padrão glicêmico desequilibrado: Fatores de risco, população de risco e condições associadas.	32
Quadro 02	Definições constitutivas e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, 2023	131
Quadro 03	Definições constitutivas e operacionais das populações de risco do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, 2023	138
Quadro 04	Definições constitutivas e operacionais das condições associadas do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, 2023	142
Quadro 05	Sugestões dos experts perante a etiqueta e definição diagnóstica	149
Quadro 06	Sugestões dos experts perante a relevância dos fatores de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	153
Quadro 07	Sugestões dos experts perante a precisão das definições constitutivas dos fatores de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	158
Quadro 08	Sugestões dos experts com dados parciais perante a definição operacional dos fatores de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	166
Quadro 09	Sugestões dos experts perante a relevância da população de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	174
Quadro 10	Sugestões dos experts perante a precisão das definições constitutivas da população de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	177
Quadro 11	Sugestões dos experts perante a precisão das definições operacionais da população de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	180
Quadro 12	Sugestões dos experts perante a relevância das condições associadas do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	185
Quadro 13	Sugestões dos experts perante a precisão das definições constitutivas das condições associadas do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	189
Quadro 14	Sugestões dos experts perante a precisão das definições operacionais das condições associadas do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023	192
Quadro 15	Resumo da adequação da definição diagnóstica do DE RPGD perante sugestões dos experts. Rio de Janeiro, 2024	47
Quadro 16	Resumo da adequação dos Fatores de Risco do DE RPGD perante sugestões dos experts. Rio de Janeiro, 2024	51
Quadro 17	Resumo da adequação das Populações em Risco do DE RPGD perante sugestões dos experts. Rio de Janeiro, 2024	59

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Parâmetros para caracterização dos experts quanto ao nível de expertise, segundo Benner, Tanner e Chesla (2009).	30
Tabela 02	Caracterização dos experts, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023 n° 51.	41
Tabela 03	Adequação aos critérios estabelecidos pela classificação dos experts por Benner, Tanner e Chesla (2009), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023, n° 51	44
Tabela 04	Classificação dos Experts conforme os cinco níveis estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla (2009), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023, n°51	45
Tabela 05	Distribuição das respostas dos experts em relação à etiqueta diagnóstica e definição no domínio relevância, 2023, n°51	46
Tabela 06	Distribuição das respostas dos experts sobre os fatores de risco quanto a relevância, definição constitutiva e definição operacional, 2023 n°51	48
Tabela 07	Distribuição das respostas dos experts sobre as populações de risco quanto a relevância, definição constitutiva e definição operacional, 2023 n°51	57
Tabela 08	Distribuição das respostas dos experts em relação as condições associadas quanto a relevância, definição constitutiva e definição operacional, 2023 n°51	62
Tabela 09	Medidas de Kappa e Gwet quanto Etiqueta e definição diagnóstica, Fatores de risco, População de risco e condições associadas, 2023	65

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA .....	16
1.2	OBJETO .....	22
1.3	QUESTÃO NORTEADORA .....	22
1.4	OBJETIVOS .....	22
<b>1.4.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>22</b>
<b>1.4.2</b>	<b>Objetivo específico</b> .....	<b>22</b>
1.5	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA .....	23
1.6	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....	25
<b>2</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>27</b>
2.1	TIPO DE ESTUDO .....	27
2.2	CENÁRIO.....	27
2.3	ASPECTOS ÉTICOS .....	27
2.4	PARTICIPANTES .....	28
<b>2.4.1</b>	<b>Seleção</b> .....	<b>28</b>
2.5	AMOSTRA .....	31
2.6	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS .....	32
2.7	COLETA DE DADOS .....	34
2.8	ANÁLISE DE DADOS .....	35
2.9	TESTE DE CONCORDÂNCIA .....	37
<b>2.9.1</b>	<b>Teste de concordância de Kappa</b> .....	<b>37</b>
<b>2.9.2</b>	<b>Teste de concordância de Gwet</b> .....	<b>37</b>
2.10	CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS .....	38
2.11	ELABORAÇÃO DO INFOGRÁFICO .....	39
<b>3.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
3.1	SELEÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISA .....	40
3.2	CARACTERIZAÇÃO DOS EXPERTS .....	40
3.3	ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS .....	46
3.4	VALIDADE DE CONTEÚDO DO DE RPGD .....	46
<b>3.4.1</b>	<b>Fatores de Risco</b> .....	<b>47</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Populações em Risco</b> .....	<b>56</b>
<b>3.4.3</b>	<b>Condições Associadas</b> .....	<b>60</b>
3.5	INFOGRÁFICO.....	66
<b>4.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>72</b>
<b>5.</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	<b>79</b>
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>81</b>
	APENDICE A – CRONOGRAMA .....	95
	APENDICE B – ORÇAMENTO .....	96
	APENDICE C - CARTA CONVITE AOS <i>EXPERTS</i> .....	97
	APENDICE D – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	99
	APENDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: CARACTERIZAÇÃO DOS <i>EXPERTS</i> .....	103

APENDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO .....	106
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	128
ANEXO B – DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DOS FATORES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO .....	131
ANEXO C - DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DAS POPULAÇÕES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO .....	138
ANEXO D - DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO .....	142
ANEXO E – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A ETIQUETA E DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA .....	149
ANEXO F – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A RELEVÂNCIA DOS FATORES DE RISCO DO DE RPGD .....	153
ANEXO G – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS DOS FATORES DE RISCO DO DE RPGD .....	158
ANEXO H – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> COM DADOS PARCIAIS PERANTE A DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS FATORES DE RISCO DO DE RPGD .....	166
ANEXO I – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A RELEVÂNCIA DA POPULAÇÃO DE RISCO DO DE RPGD .....	174
ANEXO J – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS DA POPULAÇÃO DE RISCO DO DE RPGD .....	177
ANEXO K – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DA POPULAÇÃO DE RISCO DO DE RPGD .....	180
ANEXO L – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A RELEVÂNCIA DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DE RPGD .....	185
ANEXO M – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DE RPGD .....	189
ANEXO N – SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DE RPGD .....	192

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Constata-se que o Diabetes Mellitus (DM) é uma enfermidade que acomete mundialmente 536,6 milhões de indivíduos entre 20-79 anos, sendo considerada, portanto, um problema de saúde pública internacional (IDF, 2021). No Brasil, 15,7 milhões de brasileiros convivem com DM, equivalendo a uma prevalência de 8-9% do total de indivíduos entre 20-79 anos (IDF, 2021). Por esta razão, o Brasil encontra-se entre os dez países com maiores quantitativos de indivíduos entre 20 e 79 anos com DM no mundo (IDF, 2021).

O DM consiste em uma enfermidade crônica complexa, caracterizada pela sustentação da hiperglicemia, demandando acompanhamento contínuo para o desenvolvimento de estratégias que garantam a manutenção da glicemia nos níveis desejáveis e redução de riscos associados (ADA, 2024). Dentre essas estratégias, destaca-se a educação em saúde, o suporte contínuo e o autogerenciamento do DM. Essas medidas são de extrema importância, com objetivo de prevenir e reduzir complicações de saúde a longo prazo (ADA, 2024).

Construtos disciplinares são desenvolvidos a fim classificar e compreender a homeostase da glicemia em seres humanos, pois a partir da classificação é possível reconhecer e manejar clinicamente estes fenômenos relacionados ao metabolismo da glicose para produzir desfechos positivos à saúde humana. Dentre eles, destaca-se o padrão glicêmico. O padrão glicêmico é definido como a medida que verifica a regularidade nas oscilações da glicose sérica que ocorrem em dias alternados (interdias) (Lopes, 2020). Portanto, neste construto há uma perspectiva clínica de acompanhamento temporal das oscilações da glicose.

Estas oscilações são produto do metabolismo do organismo humano e clinicamente verificados pelo construto “variabilidade glicêmica”. Neste se mede a oscilação da concentração de glicose no organismo nos diferentes horários do dia (intradia), analisando amplitude, frequência e duração da flutuação glicêmica. Este construto é importante clinicamente para indivíduos com DM, pois o metabolismo de todos os principais nutrientes encontra-se alterados, seja pela ausência ou resistência insulínica, impedindo a captação eficiente e a utilização da glicose pela maioria das células do corpo, exceto cérebro. Proporcionando assim, o aumento da concentração da glicose sérica, a utilização da glicose cai cada vez mais, e a utilização dos lipídeos e das proteínas aumentam (Hall, 2021).



Na perspectiva disciplinar da enfermagem, a partir de uma teoria de médio alcance, considera-se que o risco para o desequilíbrio do padrão glicêmico possui relação a fatores intrínsecos ao sistema endócrino do indivíduo, mas também com o peso corporal, alimentação/nutrição, conhecimento, hábitos nocivos, cognição, atividade física, comportamento de adesão e acesso à saúde (Lopes,2020). Assim, ações de autogerenciamento da glicemia e do estado de saúde tornam-se prioridades para integração ambiente-pessoa na manutenção de um padrão glicêmico equilibrado.

Para o autogerenciamento, é extremamente importante compreender o modo como os indivíduos percebem a sua condição de vida, as influências para o controle geral do seu processo saúde-doença, proporcionando compreensão dos complexos ajustes no estilo de vida. O objetivo seria de promover melhor aceitação da nova rotina medicamentosa, a reeducação alimentar, a prática de exercícios físicos, a redução da angústia e medo perante a possibilidade de complicações (Costa *et al.*, 2018; Perreira *et al.*, 2021).

Ainda na perspectiva do autogerenciamento, se faz necessário verificar e manejar diferentes indicadores glicêmicos. Esses indicadores são verificados por meio da mensuração da hemoglobina glicada (HbA1C), glicemias capilares (ou plasmáticas) em jejum, pré-prandial (antes das refeições) e pós-prandial (até duas horas após as refeições) e ao deitar (*bed time*). Também estão disponíveis o monitoramento contínuo de glicose (CGM), que possibilita verificar o tempo da glicemia no alvo (TIR – *Time in Range*), o tempo de hipoglicemia, o coeficiente de variação glicêmica média estimada e o desvio padrão das glicemias (Pitito *et al.*, 2022; ADA, 2024). A partir desses dados o indivíduo busca “manejar” a glicemia espelhada por metas individualizadas, sendo essas ações consideradas também como atividades que buscam o equilíbrio, na qual a pessoa com DM é responsável por manter os níveis glicêmicos dentro das proporcionalidades desejáveis (Perlmutter *et al.*, 2008).

As metas glicêmicas devem ser individualizadas no contexto ambiental de tomada de decisão, compartilhada para atender às necessidades, preferências e contexto de vida do indivíduo. É necessário considerar as características que podem influenciar riscos e benefícios da terapia, visando otimizar o engajamento e a autoeficácia (ADA, 2024). Essas questões são fundamentais porque o DM é uma doença crônica que progride ao longo de décadas e, conseqüentemente, acompanha diversos processos de vida, as diferentes fases do crescimento e desenvolvimento humano, e as mudanças sociais e ambientais da pessoa que convive com a doença. Frente aos desafios da manutenção das glicemias nos alvos e a característica de

progressão temporal do DM, se faz necessário contínuos ajustes e adaptações durante o viver e o conviver com a doença. Sendo assim, é indispensável o acompanhamento contínuo da equipe de saúde.

Para a Enfermagem, nesse contexto de atuação profissional, cabe ao enfermeiro executar a prática orientada por teorias disciplinares e evidências de pesquisa aplicadas ao Processo de Enfermagem (PE). Sendo o PE definido como um instrumento metodológico específico da enfermagem, no qual possibilita o raciocínio clínico e a tomada de decisões, que precisam ser efetivas, eficazes, centradas nos pacientes e seguras (Tannure e Pinheiro, 2019).

O PE é composto por cinco etapas que se inter-relacionam, interdependentes recorrentes e cíclicas, sendo elas: Avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem (COFEN, 2024). Essas etapas são sustentadas por um referencial teórico a fim de estruturar e caracterizar a perspectiva disciplinar da atuação de Enfermagem. O PE é o principal método utilizado para a implementação de uma teoria de enfermagem na prática, com o intuito de organizar as condições necessárias à realização da assistência de enfermagem. As teorias fundamentam e sustentam a prática de enfermagem, direcionando as decisões dos enfermeiros (Brandão *et al.*, 2017; Tannure e Pinheiro, 2019).

Neste estudo, selecionou-se para investigação a etapa do diagnóstico de enfermagem (DE), especificamente uma resposta humana com foco nas glicemias de pessoas com DM. O DE consiste no julgamento clínico relacionado a uma resposta humana perante as condições de saúde/processos da vida ou suscetibilidade a resposta, de um indivíduo, um cuidador, uma família, um grupo ou uma comunidade. Um DE oferece a base para a escolha de intervenções de enfermagem, para que sejam alcançados os resultados, que são de responsabilidade do enfermeiro (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021).

A taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem NANDA Internacional (NANDA-I<sup>®</sup>), descreve quatro tipos de diagnósticos, a saber: foco no problema, risco, promoção de saúde e síndrome. O diagnóstico de risco é definido como “respeito do potencial de deteriorar: suscetibilidade de desenvolver, no futuro, uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos de vida” (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2024). O diagnóstico de risco em sua estrutura apresenta fatores de risco, populações de risco e condições associadas (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021).

O diagnóstico de enfermagem Risco de padrão glicêmico desequilibrado (RPGD) é um diagnóstico de enfermagem do tipo risco que apresenta como definição inicial “susceptibilidade a recorrentes amplitudes de flutuações no nível de glicose no sangue fora da faixa desejável, que ocorrem ao longo do dia e/ou em dias diferentes, com desvio padrão das medições de glicose abaixo de 50 mg/dL e/ou coeficiente de variação inferior a 36%” (Lopes *et al.*, 2022). A elaboração deste DE foi originada a partir da indagação sobre a adequação do eixo julgamento “instável” presente no DE “Risco de glicemia instável”. Segundo a NANDA-I®, instável significa “propenso a mudar, fracassar ou desistir; sem estabilidade; com propensão a problemas psiquiátricos ou a mudanças repentinas de humor” (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021). A instabilidade nos níveis da glicemia é um evento esperado e fisiológico, característico do processo de homeostase da glicose. Impossibilitando, portanto, que seja um fenômeno de risco voltado a um problema na qual a enfermeira poderia prevenir.

A fim de vencer esses desafios, uma análise de construto foi operacionalizada, dando origem ao diagnóstico em tela (Lopes, 2020) e foi submetido ao *Diagnosis Development Committee (DDC)* da NANDA-I®. Entretanto, tal método não incorpora a produção de definições constitutivas e operacionais. Destaca-se então que por não seguir o método clássico de análise de conceito, ainda há a necessidade do desenvolvimento destes elementos indispensáveis para a produção das evidências de validade conforme hoje estabelecido pela taxonomia NANDA-I.

Por outro lado, os autores desenvolveram uma teoria de médio alcance descritiva e explicativa do fenômeno. Na perspectiva teórica o “Risco de padrão glicêmico desequilibrado” se organiza em estados de um sistema de vulnerabilidade sobre a integração ambiente-pessoa. Esses estados comportam as unidades conceituais da teoria que designam as coisas sobre as quais favorecem o surgimento da recorrência de *peak* e *nadir* nos níveis da glicemia.

Assim, a partir da teoria produzida, o RPGD é a representação de um nível de adaptação compensatório, em que algum momento a integração com o ambiente e a pessoa começa a não convergir. Deste modo, o RPGD é caracterizado quando o organismo começa a compensar as alterações glicêmicas pontuais, sendo estas insuficientes para caracterizar um problema consistente. Perante o olhar da teoria, esta compensação é o momento que o indivíduo reduz a convergência com o ambiente. Exemplos de não convergência são: parar de se alimentar adequadamente, com os horários certos, refeições na quantidade certa; realizar mais atividade física que o recomendado, entre outros fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos.

A teoria de médio alcance (TMA), refere-se a um conjunto de ideias relacionadas que estão focadas sobre uma dimensão limitada da realidade da enfermagem e são compostas por um número limitado de conceitos e proposições descritos em nível específico e concreto (Smith, 2008; Lopes, Silva, 2016). O desenvolvimento de TMA é reconhecido como um dos métodos relacionados à validade teórico-causal de diagnósticos de enfermagem (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021). Este método apresenta como objetivo desenvolver um gradiente teórico que permita identificar os elementos etiológicos e as características clínicas de um diagnóstico e estabelecer as relações causais que explicam a ocorrência de determinada resposta humana (Lopes, Silva, 2016). Sendo considerada como uma abordagem para redução da lacuna teórica e prática.

Apesar do avanço teórico e conceitual realizado pelos autores, ainda se faz necessário avançar no nível de validação deste julgamento clínico de suscetibilidade. Sendo necessário assim, a elaboração de estudos que promovam evidências de validade de segundo nível. Sendo este classificados em três níveis: 2.1 Validade conceitual, 2.2 Validade de conteúdo e 2.3 Validade clínica (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021). Os níveis de evidência da validade referem-se ao acúmulo de evidências e teorias fundamentadas nas interpretações da resposta humana, sendo representada pelo título do DE e a interpretação correta do conjunto de atributos diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e populações de risco) para os próprios clínicos estabelecidos (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021).

Assim, seguindo os critérios estabelecidos pela taxonomia é possível dizer que o DE RPGD apresenta evidências de validade no âmbito teórico-causal, critério nível 2.1.2. A fim de avançar seria oportuno a realização do próximo nível de evidência, a saber: validade de conteúdo (2.2). A validade de conteúdo relaciona-se a verificação de quão representativo os componentes diagnósticos, identificado no nível anterior, são do domínio de conteúdo clínico do diagnóstico (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021). Sendo esta modalidade de validade subdividida em quatro níveis: 2.2.1 Validade inicial do conteúdo do diagnóstico, 2.2.2 Validade potencial do conteúdo do diagnóstico, 2.2.3 Validade avançada do conteúdo do diagnóstico e 2.2.4 Validade consolidada do conteúdo do diagnóstico (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021).

Dentre estes subníveis, a modalidade selecionada para realização deste estudo encontra-se apresentada através do 2.2.2 Validade potencial do conteúdo diagnóstico, caracterizado por uma amostra grande de experts com nível de conhecimento iniciante/iniciante-avançado

(Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021). Este tipo de validade é realizado através da captação de experts para a realização da avaliação de conteúdo diagnóstico, bem como definição do quantitativo da amostragem metodológica a ser utilizada com estes *experts* (Lopes; Silva, 2016).

Ademais, para além da necessidade de validação de conteúdo, percebe-se a necessidade de desenvolver recursos que possam auxiliar na proposição de uma assistência centrada na prevenção situações que podem gerar complicações a esta condição clínica do indivíduo ou que venha impedir a recuperação para o estabelecimento do equilíbrio e homeostase da glicemia. O uso de um diagnóstico do tipo risco, intensifica a importância do emprego do PE na gestão à saúde, sendo fundamental para a elaboração de ações destinadas à prevenção e a promoção do bem-estar, bem viver e da saúde (Silvia *et al.*, 2021).

Com o intuito de promover a disseminação do DE RPGD, percebeu-se a oportunidade da elaboração de um produto técnico-tecnológico, visando facilitar o uso e a compreensão perante o DE RPGD. E com isso, a tipologia de tecnologia educacional escolhida para atender tais necessidades foi o infográfico. Os infográficos permitem tornar diferentes conteúdos mais acessíveis a diversos perfis de pessoas, pois utilizam de componentes estéticos visuais o qual capturam facilmente a atenção dos usuários. Eles conseguem motivar sem esforço a atenção para os mais diversos conteúdos, aproximando-se, portanto, do ideal que se imagina para um recurso didático acessível (Costa, Domingues e Fonseca, 2022; Ferreira, 2022; Oliveira *et al.*, 2023).

A estruturação da palavra infográfico, refere-se à junção dos termos informação + gráfico, sendo interpretado como aglutinação da imagem em conjunto com texto, proporcionando a transmissão da mensagem de modo visual e atraente para o leitor. Sendo a imagem, um meio de informação próprio, protagonizado, juntamente com o verbal e o processo de comunicação (Carvalho, Aragão, 2012; Saavedra, Lozano, 2013).

O infográfico, consiste em um instrumento que promove a comunicação através da linguagem visual. Deste modo, apresenta como principal objetivo comunicar uma mensagem composta por interpretação de dados quantitativos, espaciais, narrativos e/ou cronológicos, contextualizados visualmente através da integração de texto, imagens e/ou formas (Carvalho, Aragão, 2012).

Os infográficos são divididos em três categorias: estático, interativo e animado. O infográfico estático apresenta todas as informações de uma única vez, com o objetivo de promover o enriquecimento do texto de modo dinâmico ao leitor e proporcionar a disseminação da informação desejada e através dos conteúdos gráficos garantir a atração do leitor ao conteúdo proposto para Leitura (Kneipp, Araújo, 2015; Santos, Campello, Coutinho, 2015).

Assim, apresenta-se como objeto, questão norteadora e objetivos dessa pesquisa:

## 1.2 OBJETO

Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado.

## 1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Quais são as evidências de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de padrão glicêmico desequilibrado”?

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo geral

- 1) Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de padrão glicêmico desequilibrado”.

### 1.4.2 Objetivo específico

- 1) Elaborar as definições constitutivas e operacionais dos componentes diagnósticos “Risco de padrão glicêmico desequilibrado”;
- 2) Verificar a opinião dos *experts* quanto a relevância dos componentes do diagnóstico de enfermagem “Risco de padrão glicêmico desequilibrado”;
- 3) Verificar a opinião dos *experts* quanto a precisão das definições constitutivas e operacionais dos componentes do diagnóstico.
- 4) Elaborar um infográfico educativo, destinados a estudantes e profissionais de Enfermagem, baseado nos componentes do diagnóstico “Risco de padrão glicêmico desequilibrado” validados em conteúdo.

## 1.5 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O DE “Risco de padrão glicêmico desequilibrado” foi submetido para inclusão do NANDA-I<sup>®</sup>, apresentando estudo inicial relacionado a proposição de construto no artigo intitulado “*Risk for imbalanced blood glucose pattern: construct analysis and nursing diagnosis proposal*” (Lopes, 2022). Os elementos para validade teórico-causal estão presentes na tese intitulada “Teoria do risco de padrão glicêmico desequilibrado em adultos e idosos com diabetes mellitus em tratamento” (Lopes, 2020). Sendo assim, a presente investigação justifica-se na necessidade de dar continuidade aos métodos necessários para consolidação desse construto.

De forma ampla, a pesquisa em tela avança nos conhecimentos disciplinares que sustentem uma prática profissional para pessoas com DM. O DM possui alta prevalência mundial e consiste em uma enfermidade capaz de desenvolver alterações no organismo podendo levar o surgimento de doenças secundárias (Mascarenhas *et al.*, 2011). As complicações crônicas do DM estão se tornando cada vez mais comuns e evidentes na medida em que, cada vez mais as pessoas desenvolvem este distúrbio (Mascarenhas *et al.*, 2011). No mundo, a estimativa de óbitos atribuída ao DM encontra-se em torno de 6,7 milhões em 2021 (IDF, 2021).

Tal magnitude leva a necessidade de elaboração constante de estudos, com o objetivo de traçar estratégias que minimizem possíveis complicações da doença e proporcionar melhorias na qualidade de vida. Para que isso ocorra, é necessária uma assistência multidisciplinar bem estruturada e interligada, capaz de utilizar as melhores evidências disponíveis e os saberes disciplinares. Nesse contexto, o enfermeiro é o principal profissional responsável por desenvolver educação em saúde, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, além de contribuir, através de intervenções profissionais, para uma maior adesão ao tratamento (Tavares, Rodrigues, 2002). Deste modo, deve estar capacitado para desenvolver ações/intervenções que visem a promoção da educação.

Através da realização do PE é possível compreender as respostas humanas de cada indivíduo e coletividade, a fim de traçar condutas capazes de proporcionar o cuidado. Uma resposta humana de vulnerabilidade que requer atuação profissional da enfermagem é o risco de padrão glicêmico desequilibrado. E ao considerar seu recente desenvolvimento, ainda é necessário validar o conteúdo deste diagnóstico. A validade de conteúdo busca aprimorar o DE a partir do olhar de *experts* de diferentes contextos como o da prática, da pesquisa e do ensino.

Aumenta o nível de evidência do fenômeno e conseqüentemente aprimora o uso da linguagem padronizada na prática.

A etapa de análise de conteúdo por *experts* tem gerado críticas e relatos de dificuldades entre os pesquisadores, sobretudo associados a caracterização dos mesmos. O método proposto por Fehring (1987), privilegia a formação acadêmica ao invés da experiência clínica e superestima os valores dos itens por meio do cálculo do IVC (Lopes, Silva, 2016). Os critérios de Fehring (1987) consiste em um sistema avaliativo baseado em pontuações, aplicado para definir enfermeiros *experts*, através dos seguintes critérios: titulação de mestre em enfermagem, doutorado sobre a temática de DE, experiência clínica de pelo menos um ano na área de estudo do diagnóstico e conhecimento especializado sobre diagnóstico em estudo, sendo demonstrado através de pesquisas publicadas e especialização no tema, sendo considerado expert quando apresentar um somatório de no mínimo cinco. O uso deste tipo de análise em pequenas amostras de *experts* tem gerado valores tendenciosos, proporcionando o aparecimento de vieses sobre o material analisado (Lopes, Silva, 2016).

O aprimoramento das taxonomias, apresentam como objetivo tornar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, compreensíveis e mensuráveis. Promovendo assim a possibilidade de classificar e facilitar o acesso à informação, representar conceitos, controlar significados distintos e favorecer a comunicação entre experts, além de promover o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisões pelos profissionais de enfermagem (Belém *et al.*, 2019).

Além da necessidade de avançar a taxonomia e o fenômeno desta investigação, esta pesquisa afina-se ao desenvolvimento de pesquisas da enfermagem brasileira. No Brasil, o saber da enfermagem é avaliado como uma ciência aplicada em amplo espectro na área da saúde e de modo geral encontra-se alinhada às políticas de saúde. Deste modo, as pesquisas em Enfermagem buscam estar em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que tem como objetivo respeitar a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no País, e as prioridades de pesquisa em saúde estando em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acolhendo essas demandas, este estudo atende a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde por meio da sub-agenda 05 – Doenças não transmissíveis, subgrupo 5.1 Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e Obesidade, especificamente sobre os assuntos 5.1.1 morbimortalidade, custo socioeconômico, adesão ao tratamento, evolução da doença e complicações e 5.1.2 Fatores de risco (BRASIL, 2005). Corroborando com a versão preliminar



da Agenda de Prioridades de Pesquisa para Enfermagem – ABEn, (2022), através do eixo 5, correspondendo a doenças não transmissíveis crônicas (DCNT). Ademais, esta pesquisa está alinhada ao plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT no Brasil 2021-2030 (ABEn, 2022; BRASIL, 2021).

## 1.6 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

Realizar a validade de conteúdo do diagnóstico RPGD possibilitará a realização de futuros estudos de validade, especialmente estudos clínicos, com o intuito de promover o aumento do nível de evidência do diagnóstico segundo proposto pela taxonomia NANDA-I® e a segurança de utilização desse DE na prática. Além de corroborar com informações que venham alinhar ao plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2021-2030.

Os estudos de validade aprimoram o diagnóstico que por sua vez avança nos conhecimentos necessários ao julgamento clínico. Auxiliando, portanto, na tomada de decisão, na elaboração de estratégias de intervenções consideradas adequadas ao indivíduo. Deste modo, visa garantir a melhoria da assistência de enfermagem, através do conhecimento, pensamento crítico e na tomada de decisão. Alinha-se a prática baseada em evidências e contribui para o avanço das taxonomias e a proximidade da teoria à prática.

A pesquisa encontra-se em concordância e contribui para o estabelecimento do modelo de padronização proposto pela Organização Internacional de Padronização (ISO), através da norma ISO 18.104:2003, que estabelece integração de um modelo de terminologia de referência para a enfermagem (Cubas *et al.*, 2010; ISO, 2003). A ISO 18.104:2003 é uma referência responsável pela representação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, no âmbito do processamento computacional, visando a integração das terminologias e dos modelos de informação contidas em domínios, além do âmbito da enfermagem. Permitindo o mapeamento entre expressões compostas por conceitos atômicos de diferentes terminologias (ISO, 2003).

No âmbito da assistência visa auxiliar no avanço do campo epistemológico da Enfermagem na área de Fundamentos de enfermagem e no âmbito da especialidade de enfermagem em endocrinologia. Através do infográfico contribuirá para disseminação do DE RPGD, favorecendo a realização do PE no âmbito assistencial e fortalecendo medidas

estratégias de cuidado de prevenção das DCNT's, assim como na compreensão das respostas humanas vinculadas ao DM.

O estudo atende os critérios propostos pelo Ofício nº031/2016 – ABEN/PRESIDÊNCIA, o qual estabelece as linhas de pesquisa em enfermagem, compreendendo a área/campo profissional, linha de pesquisa 1.1 Fundamentos teóricos e epistemológicos do cuidar em Enfermagem e saúde, sendo descrito como: “Correntes filosóficas, teóricas, conceitos, modelos conceituais que fundamentam o saber e o fazer da enfermagem. Bases que norteiam os modelos assistenciais e os processos de cuidar.”

Converge com estudos realizados pelo grupo de pesquisa Tecnologias e concepções para a sistematização da assistência de enfermagem (TECCONSAE) e contribui para a continuidade do estudo elaborado na tese intitulada “Teoria do risco de padrão glicêmico desequilibrado em adultos e idosos com diabetes mellitus em tratamento” do Dr. Rafael Oliveira Pitta Lopes.

## 2. MÉTODO

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem RPGD baseado na sabedoria coletiva, de abordagem quantitativa. O qual foi realizado a luz da modalidade 2.2.2 Validade potencial do conteúdo diagnóstico proposto por Herdman, Kamitisuru, Lopes (2021).

A validade de conteúdo baseada na abordagem sabedoria coletiva (*wisdom of the crowd*) emergiu como alternativa para solucionar problemas relacionados a quantidade e qualificação dos *experts*, tendo como objetivo a busca de experts com certa proficiência, e não um *expert* (Lopes; Silva, 2016). A sabedoria coletiva fundamenta-se na existência de um ruído de informação peculiar relacionado a cada julgamento individual, independentemente do nível de expertise atribuída por este, cometendo erros de julgamento clínico e na crença de que, ao se tomar a média de um grande número de respostas, os efeitos desse ruído serão anulados (Lopes; Silva, 2016).

Esta análise realizada pelos *experts* é baseada no Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que podem ser calculados por média aritmética simples ou ponderadas (Lopes, Silva, 2016; Polit e Beck, 2019). E para tal, recomendações indicam a utilização de uma abordagem baseada na sabedoria coletiva (*wisdom of the crowd*) (LOPES, SILVA, 2016). A Validade potencial do conteúdo diagnóstico é caracterizado por uma amostra grande de experts com nível de conhecimento iniciante/iniciante-avançado. Para a sua realização é necessária uma análise descritiva e de estatística inferencial, possibilitando a confirmação da adequação do diagnóstico para uso por enfermeiros com pouca experiência clínica. Para a avaliação do diagnóstico por este método, o tamanho da amostra dos experts deve ser suficiente para permitir a generalização de opiniões. Sendo estas informações obtidas por meio de questionários, e sua análise estatística irá incluir IVC, testes de proporções e coeficientes de concordância (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021).

### 2.2 CENÁRIO

Todas as etapas do presente estudo foram realizadas no âmbito virtual.

### 2.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa realizada em concordância com a resolução nº 466/2012 e ofício circular nº 2/2021 – CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, a etapa de coleta de dados foi

iniciada apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Este estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de ética da instituição, conforme parecer nº5.812.414, CAAE 65270922.5.0000.5238.

A participação dos indivíduos na pesquisa foi efetivada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Que por se tratar de TCLE em página WEB, e sem possibilidade de assinatura física, sendo necessário o preenchimento das alternativas: Li e concordo em participar da pesquisa e não concordo em participar da pesquisa, caso aceite o selecionado será encaminhado para a próxima seção, caso recuse participar, será orientado a apenas fechar essa página no seu navegador. Sendo garantindo anonimato da identidade dos participantes, divulgação das etapas a foram realizadas durante o processo de elaboração da pesquisa aos participantes.

Cabe salientar que toda e qualquer informação obtida foi devidamente preservada, garantindo assim o anonimato dos participantes e a não utilização de seus dados de modo individualizado. Sendo garantido ao participante da pesquisa a cópia do documento preenchido pelos pesquisadores da investigação para sua própria segurança. As informações obtidas através da pesquisa são confidenciais. Sendo estabelecido um compromisso da pesquisadora com os participantes, em apenas divulgar os resultados gerais do estudo para fins acadêmicos e científicos. E fica assegurado aos participantes que a qualquer momento da pesquisa pode-se recusar a participar, optando por sair sem qualquer ônus e/ou prejuízo, ou até mesmo recusar a responder determinados questionamentos.

Os dados da pesquisa foram mantidos em arquivo digital. Ao concluir a coleta de dados, o pesquisador responsável realizou o download dos dados coletados para um dispositivo local, e será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012 e conforme carta circular nº 2/2021 – CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021.

## 2.4. PARTICIPANTES

### 2.4.1 Seleção

A seleção dos experts foi realizada através do Diretório dos grupos de pesquisa no Brasil Lattes pelo portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Para a busca parametrizada foi utilizado o termo de busca “Enfermagem” e foram selecionados os grupos de pesquisa que possuam no seu título e/ou linha de pesquisa e/ou palavra-chave pelo menos um dos seguintes termos: “Sistematização da Assistência de Enfermagem” (SAE); “Processo de Enfermagem” (PE); “Diagnóstico de Enfermagem” (DE) e “Diabetes mellitus” (DM). Após a seleção dos grupos de pesquisa que se relacionam ao fenômeno de interesse foram extraídos os nomes dos recursos humanos que possuíam o título mínimo de graduação. Os nomes extraídos foram utilizados na ferramenta de busca de Currículo Lattes (busca simples) na Plataforma Lattes do Portal (CNPq).

Além disso, foi utilizada uma amostragem não probabilística por meio de uma adaptação da técnica do tipo *snowball sampling* (“bola-de-neve”), realizada através de cadeias de referências, na qual os participantes iniciais do estudo indicam outros participantes que se adequem ao perfil de interesse do estudo (França *et al.*, 2019).

Para a seleção dos experts foram consideradas a experiência prática e a experiência acadêmica (conhecimento científico). Para experiência prática, deveria ter tempo de prática assistencial e o tempo de grupo de pesquisa relacionadas a área de diagnóstico de enfermagem e/ou DM. Para o conhecimento científico o participante deveria ter: a titulação, trabalho na temática (diagnóstico de enfermagem e/ou diabetes mellitus).

Assim a inclusão dos participantes seguiu os critérios: profissional com titulação mínima de graduação na área de enfermagem, apresentar estudos em pelo menos uma das seguintes temáticas: SAE, DE, DM e PE, participar ou ter participado de grupos de pesquisa que apresentam no seu título e/ou linha de pesquisa e/ou palavra-chave pelo menos um dos seguintes termos: SAE, DE, DM e PE. Foram considerados como perda os participantes da pesquisa que realizarem o preenchimento incorreto e/ou preencheram parcialmente o instrumento.

Uma análise do currículo foi realizada para confirmar os títulos e uma avaliação de caracterização foi operacionalizada segundo os critérios de classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009). A caracterização dos experts foi verificada por meio de aspectos sociodemográficos, acadêmicos e profissional. Essa caracterização buscou verificar os diferentes níveis de expertise dos enfermeiros. Os critérios considerados foram: experiência clínica (envolvendo o tempo de atuação com a temática do diagnóstico de enfermagem e/ou DM) e experiência acadêmica, relacionado ao tempo de participação em grupo de pesquisa

sobre terminologias de enfermagem e/ou DM e conhecimento científico conforme o exposto na Tabela 01.

TABELA 01. Parâmetros para classificação dos experts quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009)

Pontuação	Experiência Clínica		Experiência acadêmica		
	Tempo de Prática <sup>*+</sup> (X)	Tempo de grupo de pesquisa <sup>*+</sup> (Y)	Titulação (Z <sub>1</sub> )	Conhecimento Científico (Z)	
				Trabalho para titulação (Z <sub>2</sub> )	Produção científica DE e/ou DM de artigos (Z <sub>3</sub> )
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	1-5	1-3	Especialista	Sim	Sim
2	6-8	4-6	Mestre	-	-
3	9-11	7-9	Doutor	-	-
4	12-15	10-12	-	-	-
5	16 ou mais	13 ou mais	-	-	-

*Nota: \*Em anos; + intervalos estabelecidos com base nos tempos de prática e de grupo de pesquisa (mínimo e máximo) apresentados pelos experts. DE: Diagnóstico de enfermagem; DM: Diabetes mellitus intervalos estabelecidos com base nos tempos de prática e de grupo de pesquisa (mínimo e máximo) apresentados pelos experts. Nível de expertise: somatório das pontuações obtidas nas colunas X,Y e Z, dividido por 3*

**Fonte:** Souza NMG. Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validade por experts de uma teoria de médio alcance [Dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará: 2017. 165p (adaptado)

A pontuação a ser atribuídas variou de zero (0) a três (3) para titulação (0 – graduado; 1 – Especialista; 2 – Mestre; 3 – Doutor), somadas da presença/ausência de trabalho da titulação

elencada na temática de diagnóstico de enfermagem/terminologias de enfermagem e/ou DM e com a presença de trabalhos científicos na área de diagnóstico de enfermagem/terminologias de enfermagem, e/ou DM. Foram atribuídos para estes os valores de zero (0) para ausência e (1) para presença (Benner, Tanner, Chesla, 2009). Deste modo, o nível de expertise foi o somatório ( $\Sigma$ ) das pontuações obtidas nas colunas X, Y e Z dividido por três (3). Quando a média final foi com números decimais acima de cinco (5), o valor foi arredondado para o nível de expertise seguinte.

Após a caracterização obtida a partir da média, foi realizada a classificação dos experts conforme os cinco níveis estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla (2009), a saber: (1) Novato – profissionais com conhecimento básico, que não possuem experiência prévia na área que está sendo estudada; estão incluídos nesta categoria profissionais que acabaram de ingressar na área; (2) Iniciante avançado – profissionais que já passaram por um quantitativo suficiente de vivências práticas, o que lhes permite inferir julgamentos com mais segurança sobre o tema discutido; (3) Competente – profissionais que possuem experiência prática prévia, o que lhes permite maior compreensão dos dados para realizar os julgamentos; (4) Proficiente – profissionais que possuem relevante experiência prática e teórica, o que lhes permite realizar análises críticas mais aprofundadas e complexas sobre o material estudado; e (5) Expert – profissionais que possuem maior capacidade de diferenciação e refinamento nos julgamentos.

## 2.5 AMOSTRA

A fórmula utilizada para o cálculo da amostra foi  $n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot s / \sigma)^2$ , onde:  $Z_{1-\alpha/2}$  refere-se ao nível de confiança a ser adotado; representa o desvio padrão;  $\sigma$  corresponde ao erro amostral (Lopes; Silva, 2016). Neste estudo, para a determinação do número mínimo de experts, foram designados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95% ( $Z_{1-\alpha/2}$  é igual a 1,96); desvio padrão de 0,17 erro amostral de 0,05. Assim, tem-se:

$$n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot s / \sigma)^2$$

$$n_0 = (1,96 \cdot 0,17 / 0,05)^2$$

$$n_0 = 45 \text{ experts.}$$

Considerando que as distribuições de IVC podem ser assimétricas e que possa ocorrer uma pequena perda no Teste não paramétrico, o tamanho da amostra deve ser corrigido em 5%. A amostra final, então, foi a razão  $n = n_0 / 0,95$  (Lopes; Silva, 2016):

n = n<sub>0</sub>/0,95

n = 45 /0,95

n = 48 experts.

## 2.6 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

O instrumento de coleta elaborado via *google forms* indexado no endereço eletrônico <https://forms.gle/YBQ4XGMW5GKvcWvV8> é composto por seis (6) seções. A primeira seção (1) era composta pelo resumo do estudo, critérios de elegibilidade dos participantes, e TCLE conforme preconizado pelo CEP institucional, resolução 466/2012 e ofício circular n°2/2021/CONEP/SECNS/MS. Nesta seção foi realizado o questionamento referente ao aceite, utilizando as alternativas: Li e concordo em participar da pesquisa e não concordo em participar da pesquisa. Ao aceitar o selecionado foi encaminhado para a próxima seção e em caso de recusa foi orientado a apenas fechar a página no seu navegador.

A seção dois (2) foi referente a categorização dos experts. Da terceira à quinta seção tratava-se da validade do conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de padrão glicêmico desequilibrado, sendo a seção três (3) composta pelas orientações de preenchimento, análise da etiqueta diagnóstica e dos fatores de risco; seção quatro (4) – análise da população de risco; e seção cinco (5) – análise das condições associadas. Os fatores de risco, populações em risco e condições associadas estão apresentadas no Quadro 01.

Quadro 01. Componentes do diagnóstico Risco de padrão glicêmico desequilibrado: Fatores de risco, população de risco e condições associadas.

<b>Fatores de Risco</b>
1. Estresse excessivo
2. Disfunção cognitiva
3. Consumo excessivo de álcool
4. Exercício físico diário excessivo
5. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento
6. Monitoramento inadequado da glicemia
7. Conhecimento inadequado do manejo da doença
8. Gestão inadequada da quantidade de alimentos
9. Regularidade inadequada do consumo de refeições



<ul style="list-style-type: none"> <li>10. Obesidade</li> <li>11. Sobrepeso</li> <li>12. Tabagismo</li> <li>13. Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo</li> </ul>
<b>Populações em Risco</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Valores de glicemia limite inferior do normal no pré-operatório</li> <li>2. Idosos</li> <li>3. Indivíduos com vulnerabilidade social</li> <li>4. Indivíduos com baixo nível educacional</li> <li>5. Indivíduos de ascendência Africana</li> <li>6. Indivíduos Indígenas</li> <li>7. Indivíduos com duração prolongada do diabetes</li> <li>8. Indivíduos com hipoglicemia assintomática</li> <li>9. Indivíduos com histórico de hipoglicemia</li> <li>10. indivíduos experimentam período de jejum prolongado voluntariamente</li> </ul>
<b>Condições Associadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Hemoglobina glicada alterada</li> <li>2. Avaliação do modelo homeostático alterado para pontuação de resistência à insulina</li> <li>3. Doença cardiovascular</li> <li>4. Distúrbios cerebrovascular</li> <li>5. Diminuição do nível de albumina sérica</li> <li>6. Retinopatia diabética</li> <li>7. Aumento da morbidade</li> <li>8. Infecções</li> <li>9. Doenças renais</li> <li>10. Doenças hepáticas</li> <li>11. Transtorno mental</li> <li>12. Neoplasias</li> <li>13. Neuropatia periférica</li> <li>14. Preparações farmacêuticas</li> <li>15. Polifarmácia</li> </ul>

## 16. Indivíduos com úlceras em membros inferiores

Fonte: LOPES, 2020

Nesta etapa foi avaliado a relevância dos componentes etiqueta diagnóstica, definição do diagnóstico, fatores de risco, populações em risco e condições associadas, bem como a clareza e precisão das definições constitutivas e operacionais dos fatores de risco, populações em risco e condições associadas. O critério de Relevância foi definido como a capacidade dos fatores de risco, condições associadas e populações de risco de apresentarem alguma causalidade com o diagnóstico proposto pelo estudo. A Precisão consiste na capacidade de cada definição apresentar-se de forma diferente entre os componentes do diagnóstico, permitindo assim a caracterização típica do mesmo (Pasquali, 2010).

O instrumento utilizou-se de uma escala tipo likert com cinco opções de resposta, sendo: (0) Discordo totalmente, (1) Discordo parcialmente, (2) Indiferente, (3) parcialmente e (4) Concordo totalmente. Cada um destes itens recebeu uma pontuação respectivamente de 1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75 e 5=1. Ao final de cada item havia um campo aberto para acréscimo de sugestões conforme necessidade de cada participante.

Em relação a seção seis (6), esta correspondeu aos agradecimentos e ao informe sobre o envio da cópia das respostas obtidas para o e-mail do participante, conforme estabelecido pelo ofício circular nº2/2021 - CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021.

### 2.7 COLETA DE DADOS

Após a seleção dos experts, foi realizado um primeiro contato via correio eletrônico (e-mail), através do envio da carta convite (APÊNDICE C), com a explicação e descrição de informações necessárias perante o estudo. Os convites para participação da pesquisa foram realizados de modo individualizado, enviados via e-mail para cada potencial participante, garantindo o anonimato dos demais convidados, sendo este enviado para apenas um (1) remetente e um (1) destinatário, deste modo, protegendo sigilo do e-mail destes.

Caso o expert aceitasse participar do estudo, ele preencheria o TCLE presente na parte inicial do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D), ler a apresentação e as instruções para o preenchimento do instrumento (APÊNDICE E; APÊNDICE F) e responder. O participante da pesquisa obteve a cópia do documento eletrônico, enviado automaticamente

para o e-mail deste, após o término do preenchimento e envio do instrumento pela plataforma utilizada para coleta de dados.

Antes do envio do instrumento para início da coleta de dados foi realizado um teste piloto com três (3) doutorandos do grupo de pesquisa TECCONSAE. Deste modo buscou-se verificar a presença de alguma inconsistência e feita a realização de adequações necessárias. Também foi mensurado o tempo utilizado para o preenchimento do instrumento, sendo este em média 30 minutos, com o objetivo de informar aos experts que participaram da pesquisa o quantitativo de tempo despendido para realização do preenchimento do instrumento de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através do autopreenchimento de um instrumento eletrônico, elaborado via *google forms*, de caráter semiestruturado (Silva,2019; Jordão,2020; Souza, 2021). O qual foi enviado por e-mail, apresentando como prazo para devolução do instrumento preenchido pelo expert o prazo máximo de 20 dias corridos após o recebimento deste. O quantitativo mínimo obtido pelo cálculo amostral será de 48 instrumentos, estima-se o envio de no mínimo o dobro deste quantitativo de instrumentos, considerando a perda de instrumentos.

## 2.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em uma planilha no *software Microsoft office Excel 365*. Em seguida, os dados foram importados para o software estatístico R versão 4.1.1 para devido tratamento analítico dos testes estatísticos. Para o tratamento dos dados descritivos foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (IBM- SPSS)* versão 24.

A caracterização dos experts foi realizada com base na análise descritiva, incluindo frequências absolutas e percentuais, sendo o intervalo de confiança a ser estabelecido de 95% (Souza, 2017). Variáveis quantitativas foram apresentadas em termos de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartilico). O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para verificação da aderência dos dados à distribuição normal. Com relação a validade de conteúdo, fez-se uso de estatísticas descritivas dispostos em forma de tabela, onde foram contabilizados as frequências e porcentagens das respostas dos experts e variáveis no estudo. Após avaliações iniciais dos dados, calculou-se os indicadores de I-IVC (índice de validade de conteúdo por item) e S-IVC/Ave (média dos índices de validade de conteúdo para todos os índices da escala). Por fim, foi avaliado a concordância dos experts,

através do Teste de Kappa de Fleiss e Gwet (Fleiss, 1971; Gwet, 2002; Gwet, 2008). No presente trabalho considera-se 5% como nível de significância e 95% de confiança.

Para análise da validade de conteúdo do DE RPGD calculou-se o IVC, no qual a avaliação dos experts foi ponderada por seu nível de expertise. As estimativas ponderadas da média e da mediana das avaliações foram calculadas e a partir delas foi decidido utilizar a estimativa do IVC a mediana ponderada, de acordo com a normalidade ou não da distribuição destas estimativas.

O cálculo do IVC realizado conforme a soma de concordância dos itens marcados por “3” ou “4” pelos experts. Sendo os itens com pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados (Wynd *et al.*, 2003). Deste modo, a fórmula utilizada encontra-se apresentada a seguir.

$$IVC = \frac{\text{número de experts com respostas "4" ou "5"}}{\text{número total de experts}}$$

Para a realização do cálculo do IVC geral, foram utilizadas estratégias propostas por Polit & Beck, 2016 e Alexandre & Coluci, 2011, a fim de contabilizar o IVC global dos critérios analisados:

- 1) I-IVC: é computado para cada item corresponde pela razão entre o número de experts com respostas do desfecho e o número de experts total.
- 2) S-IVC/Ave: é a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, soma-se todos os I-IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação

Através da metodologia citada, apresentam-se os resultados do IVC obtido no estudo. O IVC foi calculado nos itens presentes em cada critério. Por fim, apresenta-se o IVC médio do critério. O I-IVC aceitável de apresentar no mínimo 0,78 após ajustes ao acaso, sendo considerado evidência satisfatória de validade de conteúdo igual ou superior a 0,9, em casos de IVCs inferiores a 0,78 são candidatos a revisão e I-IVC de 0,5 ou inferior são excluídos pois seriam sempre inaceitáveis (Polit *et al.*, 2007, Polit & Beck, 2019) e 0,80 para S-IVC e preferencialmente maior que 0,90 (Yusoff, 2019; Polit *et al.*, 2007). Os valores obtidos no I-IVC orientarão as decisões sobre as revisões ou rejeições dos itens (Yusoff, 2019).

## 2.9 TESTE DE CONCORDÂNCIA

### 2.9.1 Teste de concordância de Kappa

Tradicionalmente, coeficiente de Kappa é usado para a mensuração da concordância quando as respostas são categóricas (Fleiss, 1971). Esta medida tem como valor limite máximo o 1, representando total concordância.

Por meio do coeficiente *Kappa* é possível elaborar um teste de hipótese para avaliar a significância do índice calculado. Seja o teste:

$$\begin{cases} H_0: K = 0 \\ H_1: K > 0 \end{cases}$$

Evidentemente, quando a hipótese nula ( $H_0$ ) for aceita, Kappa é igual a 0, o que indicaria concordância nula. Caso contrário, quando rejeitamos a hipótese nula, ele é maior do que zero. No caso de rejeição da hipótese ( $Kappa=0$ ) temos a indicação de que a medida de concordância é significativamente maior do que zero, o que indicaria que existe alguma concordância. Isto não significa necessariamente que a concordância seja alta, cabe ao pesquisador avaliar se a medida obtida é satisfatória ou não. De acordo com (Landis & Koch, 1977):  $K < 0$ : sem concordância;  $0 \leq K < 0,21$ : presença de ligeira concordância;  $0,21 \leq K < 0,41$ : concordância fraca;  $0,41 \leq K < 0,61$ : concordância moderada;  $0,61 \leq K < 0,81$ : concordância substancial;  $0,81 \leq K \leq 1,00$ : concordância quase perfeita.

Por outro lado, um Kappa negativo representa concordância pior do que o esperado ou “discordância”. Valores negativos baixos (0 a -0,10) podem geralmente ser interpretados como “sem concordância”. Um Kappa negativo grande representa uma grande “discordância” entre os avaliadores. Dados coletados sob condições de tal discordância entre avaliadores não são significativos (McHugh, 2012).

### 2.9.2 Teste de concordância de Gwet

Tradicionalmente, coeficiente de Kappa é usado para medir a concordância entre  $m$  experts de uma escala nominal (Fleiss, 1971). Esta medida tem como valor limite máximo o 1, representando total concordância. Porém, a medida Kappa possui desvantagens.

O trabalho desenvolvido por (Gwet, 2002) apresenta e exemplifica as limitações presentes quando calcula-se a estatística de Kappa. Conforme o autor aponta, o grande

problema presente é quando existe elevada concordância entre os experts em torno de uma opção de resposta. Esse fato é conhecido como o “*Paradoxo de Kappa*”, isto é, por mais que exista grande prevalência de concordância entre os experts o índice de Kappa não reflete esse nível de concordância obtendo um valor baixo no índice.

Considerando estes fatos (Gwet, 2008) propôs um novo índice, a estatística AC1 de Gwet, visando corrigir o viés causado pela expressão usada para calcular a probabilidade de chance ao acaso, detalhes veja em (Gwet, 2008).

O coeficiente AC1 será avaliado conforme a seguinte teste de hipótese:

$$\begin{cases} H_0: C = 0 \text{ (Discordância)} \\ \quad \quad \quad \square \\ H_1: C > 0 \text{ (Concordância)} \end{cases}$$

Adota-se 5% como nível de significância dos testes estatísticos. Ou seja, se o p-valor for menor que 0,05 existem evidência para rejeita a hipótese  $H_0$ , nesse sentido, favorável à hipótese  $H_1$ , se o p-valor for maior que 0,05 existem evidência favorável para aceitação da hipótese  $H_0$ .

O teste de Gwet é utilizado com dois ou mais experts, através de uma escala de classificação ordenada contendo duas ou mais categorias. Assim como Kappa, o coeficiente AC1 varia entre zero e um, quanto mais próximo de um melhor, proporcionando um resultado que reflete menor probabilidade de a concordância acontecer devido ao acaso (Matos, 2014). E deste modo segue a mesma categorização referente ao Kappa.

## 2.10 CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS

A definição constitutiva é composta em termos de conceitos, ou seja, realidades abstratas. Ela situa o construto exato e precisamente dentro do seu escopo teórico, caracterizando-o e atribuindo-lhe as dimensões que ele deve assumir no espaço semântico da teoria (Pasquali, 2010). A definição operacional trata a forma como o termo ou variável foi caracterizado, verificado ou mensurado na prática, sendo assim termos de comportamentos físicos que refletem a expressão desse construto (Pasquali, 2010).

As definições constitutivas foram construídas a partir da análise das definições obtidas nos DeCS, MeSH, dicionários e glossário do ministério da saúde brasileiro. Quanto a elaboração das definições operacionais foi realizada análises dos artigos obtidos na revisão

sistemática do estudo “Teoria do Risco de Padrão Glicêmico Desequilibrado em adultos e idosos com Diabetes Mellitus em tratamento” (Lopes, 2020), diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (SBD), e *guidelines* das seguintes instituições: *American Diabetes Association* (ADA), *American Heart Association* (AHA), *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO). Estas definições foram produzidas a partir da síntese dos resultados desta análise.

## 2.11 ELABORAÇÃO DO INFOGRÁFICO

Para o desenvolvimento do infográfico foi utilizado o modelo proposto por Carvalho e Aragão (2012), que consiste em três fases: concepção, execução e acabamento. A fase de concepção refere-se as etapas de definição e apropriação da temática proposta. O principal objetivo desta fase consiste em compreender o assunto do artefato e o que é importante transmitir sobre ele. Quanto a fase de execução, este relacionasse há etapa de elaboração de conteúdo e arquitetura da informação. E referente a fase de acabamento, consiste na etapa da junção do texto com o projeto gráfico, além da realização de ajustes, revisões e análise crítica sobre o infográfico. (Carvalho, Aragão, 2012).

Fase I - Concepção: é composta por etapas sendo elas: 01) Propósito: onde é realizado o questionamento perante qual o objetivo do infográfico e o que se deseja transmitir ao leitor; 02) meios de produção: corresponde sobre o modo de como será desenvolvido o infográfico, seja por ilustração, fotografias e em quais software será utilizado; 03) Conteúdo informacional: obtenção de quais informações são necessárias para cumprir o objetivo do infográfico; 04) Usuário: consiste na etapa da definição para quem é destinado o infográfico; 05) Recursos: está etapa corresponde a avaliação do tempo, verba, profissionais disponíveis, além de outras limitações, como mídia, cores, etc.; e 06) circunstância de uso: consiste na definição de em qual mídia será vista, e como será vista a publicação.

Para a etapa de elaboração do produto técnico-tecnológico, houve a necessidade de contratar um profissional *design* gráfico, sendo realizada reuniões para definição e exposição da ideia proposta e traçado estratégias pra facilitar a disseminação do conteúdo ao público-alvo. Após a definição das estratégias a serem utilizadas, foram realizadas pesquisas imagens relacionadas a temática, e posteriormente sendo utilizado o software Illustrator para a elaboração das ilustrações em vetores para garantir a qualidade destes e o Software Photoshop para diagramação e finalização, sendo esta tecnologia produzida a partir do conteúdo informacional do DE RPGD. O infográfico destina-se a enfermeiros e acadêmicos de enfermagem e as circunstâncias de uso serão na prática clínica e educacional. Foram utilizados

os recursos desenvolvidos por uma mestranda em Enfermagem como subproduto da dissertação: Diagnóstico De Enfermagem Risco de Padrão Glicêmico Desequilibrado: Validade de Conteúdo e Produção de Protótipo de Infográfico para Avaliação de Enfermagem. Circunstâncias do uso promover disseminação do DE RPGD no âmbito profissional e acadêmico.

Fase II – Execução: Compreende as etapas de análise de similaridade, elaboração de conteúdo e arquitetura de informação. Esta fase foi realizada através do uso dos componentes do DE RPGD e das definições constitutivas e operacionais validadas pelos *experts* do presente estudo.

Fase III – Acabamento: Compreende ao desenvolvimento do infográfico, sendo esta dividida em cinco etapas: arte-final, onde o conteúdo construído na fase II é estruturado, em conjunto a imagens e textos; o acabamento, onde foram realizados ajustes na estruturação do infográfico, revisão, onde consiste na análise de quais conteúdos irão compor a versão final da tecnologia e a publicação que refere se ao meio de divulgação que será utilizado para disseminar o infográfico. A fase de acabamento foi elaborada através prototipagem realizada no *software* Adobe Express, sendo analisado pelos autores os conteúdos obtidos na etapa de execução, sendo realizadas modificações conforme sugestões e iniciado o desenvolvimento do infográfico.



### 3. RESULTADOS

#### 3.1 SELEÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISA

No total da busca no diretório dos grupos de pesquisa foram encontrados 84 grupos que atendiam os critérios estabelecidos na metodologia deste estudo. Sendo enviado a carta convite para cada componente do grupo de pesquisa e por indicação através da técnica adaptada do “*snow ball*” totalizando 568 envios. Deste universo foram coletados dados de uma amostra composta por 51 participantes.

#### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS EXPERTS

Quanto a caracterização dos experts, a maioria destes foram do sexo feminino (80%), com a faixa etária predominante (51%) de indivíduos com 30 a 39 anos (DP=0,838), apresentando a média de 35,47 anos (DP=7,406), portadores de titulação de mestre (49%) e doutor (35%), tendo estes atuado nos últimos 12 meses em sua maioria em instituições de ensino (37%), apresentando tempo de formação na área de enfermagem de 12 a 15 anos (30%) (DP=7,545), tempo de prática na área de terminologias de enfermagem e/ou diabetes mellitus médio de 7,63 anos (DP=6,020). O estudo apresentou abrangência nacional (Brasil), sendo as regiões de maiores prevalências a região sudeste (55%) e nordeste (29%) conforme descrito na tabela 02.

Tabela 02: Caracterização dos experts, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023 n° 51.

Variável	N	%	IC95%	
			LI	LS
<b>Sexo</b>				
Feminino	41	80%	1,06	1,28
Masculino	10	20%		
Variável	N	%	Desvio Padrão	
<b>Região de atuação</b>				
Sudeste	28	55%		
Sul	5	10%		
Norte	1	2%		
Nordeste	15	29%		
Centro-Oeste	2	4%		

<b>Titulação máxima</b>			
Graduado	1	2%	
Especialista	7	14%	
Mestre	25	49%	
Doutor	18	35%	
<b>Área de atuação profissional nos últimos 12 meses</b>			
Hospital	16	31%	2,045
Instituição de ensino	19	37%	
<b>Unidade Básica de Saúde</b>	2	4%	
Hospital + Instituição de ensino	7	14%	
Instituição de ensino + Unidade Básica de Saúde	2	4%	
Hospital + Instituição de ensino + Unidade Básica de saúde	2	4%	
Outros	2	4%	

Legenda: N: número; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; LI: Limite inferior. LS: Limite superior.

Fonte: elaborado pela autora, 2023

Conforme o apresentado na tabela 03, o tempo de formação médio dos experts correspondem a 11,63 anos, quanto o tempo de prática na área de terminologias de enfermagem e/ou DM apresentou como média 7,63 anos. Em relação as variáveis apresentadas nesta tabela, foi possível constar que apenas a variável idade apresentou distribuição normal ( $p < 0,005$ ). Quanto as variáveis tempo de formação e tempo de prática na área de terminologias de enfermagem e/ou DM não apresentaram distribuição normal, sendo utilizado os valores de mediana como referência. Sendo a mediana do tempo de formação 12 anos ( $IIQ \pm 9$ ). Quanto ao tempo de prática na área de terminologias de enfermagem e/ou DM a mediana correspondeu a seis anos e meio ( $IIQ \pm 8$ ). Com relação ao tempo de participação em grupo/projeto pesquisa na área de terminologias de enfermagem e/ou DM apresentou como mediana no valor correspondente a dois anos ( $IIQ \pm 2$ ).

Com relação a adequação aos critérios estabelecidos pela classificação dos experts por Benner, Tanner e Chesla (2009), 48% ( $DP = 1,204$ ) dos experts participam/participaram de grupos/projetos de pesquisa que envolvem a temática de terminologias de enfermagem, em relação ao tempo de participação em grupo/projeto de pesquisa 29,4% destes apresentam cerca de um (1) a três (3) anos de atuação em grupo/projeto de pesquisa na área de terminologias de

enfermagem e/ou diabetes mellitus. Quanto ao desenvolvimento de estudos na área de terminologias de enfermagem como autor 31% (DP=3,738) elaboraram estudos utilizando a taxonomia NANDA-I<sup>®</sup> e ao serem questionados quanto a orientação de pesquisa, 56% (DP=3,61825) informaram não terem desenvolvido estudos na área nesta função, porém 17% responderam ter orientado estudos sobre terminologia NANDA-I<sup>®</sup>. Quanto ao desenvolvimento de estudos na área de diabetes mellitus, apenas 47% (DP=0,504) desenvolveram estudos na categoria de autor e 35% (DP=0,483) com a função de orientador. Aos questionar quanto Ministra/ministrou ou participou de disciplinas que envolvem a temática de terminologia de enfermagem, 78% (DP=0,41539) destes afirmaram ter realizado esta atividade, em relação a temática sobre diabetes mellitus, 55% (DP=0,50254) dos experts são ou foram responsáveis por disciplina que discorre sobre a temática apresentada conforme tabela 03 exposto nas próximas páginas.

Tabela 03: Adequação aos critérios estabelecidos pela classificação dos experts por Benner, Tanner e Chesla (2009), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023, n° 51.

Variável	N	%	Desvio padrão
<b>Participa/participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve a temática</b>			
Terminologias de Enfermagem	25	49%	1,204
Diabetes Mellitus	5	10%	
Ambas	12	24%	
Nenhuma	9	18%	
<b>Tempo de participação em grupo/projeto</b>			
1 a 3 anos	15	29,4%	1,34355
4 a 6 anos	10	19,6%	
7 a 9 anos	7	13,7%	
10 a 12 anos	4	7,8%	
13 ou mais	4	7,8%	
Não participou	11	21,6%	
<b>Desenvolvimento de estudos Terminologias de enfermagem como autor</b>			
NANDA-I <sup>®</sup>	16	31%	3,738
CIPE	5	10%	
NIC	0	0%	
NOC	0	0%	
NANDA-I <sup>®</sup> + CIPE	1	2%	
NANDA-I <sup>®</sup> + NIC	2	4%	
NANDA-I <sup>®</sup> + NOC	1	2%	
NANDA-I <sup>®</sup> + NIC + NOC	15	29%	
NANDA-I <sup>®</sup> + CIPE + NIC	1	2%	
NANDA-I <sup>®</sup> + CIPE + NIC + NOC	2	4%	
Não desenvolveu	8	16%	
<b>Desenvolvimento de estudos Terminologias de enfermagem como orientador</b>			
NANDA-I <sup>®</sup>	9	18%	3,61825
CIPE	2	4%	
NIC	0	0%	
NOC	0	0%	
NANDA-I <sup>®</sup> + CIPE	1	2%	
NANDA-I <sup>®</sup> + NIC	2	4%	
NANDA-I <sup>®</sup> + NOC	1	2%	
NANDA-I <sup>®</sup> + NIC + NOC	4	8%	
NANDA-I <sup>®</sup> + CIPE + NIC	1	2%	

NANDA-I <sup>®</sup> + CIPE + NIC + NOC	2	4%	
Não desenvolveu	29	56%	
<b>Desenvolvimento de estudos sobre diabetes mellitus como autor</b>			
Sim	24	47%	0,504
Não	27	53%	
<b>Desenvolvimento de estudos sobre diabetes mellitus como orientador</b>			
Sim	18	35%	0,483
Não	33	65%	
<b>Mínistra/ministrou ou participou de disciplinas que envolvem a temática de terminologia de enfermagem?</b>			
Sim	40	78%	0,41539
Não	11	22%	
<b>Mínistra/ministrou ou participou de disciplinas que envolvem a temática sobre Diabetes Mellitus?</b>			
Sim	28	55%	0,50254
Não	23	45%	

Fonte: Elaborado pela autora,2023

Ao realizar o cálculo proposto pela classificação de experts conforme os cinco (5) níveis estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla (2009), sendo o perfil de iniciante avançado 45% (DP=1,0763) mais representativo no estudo (tabela 04) presente nas próximas páginas conforme esperado pelo nível 2.2.2 Validade potencial do conteúdo diagnóstico, sendo este caracterizado por uma amostra grande de experts com nível de conhecimento iniciante/iniciante-avançado (HERDMAN, KAMITISURU, LOPES, 2021).

Tabela 04: Classificação dos Experts conforme os cinco níveis estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla (2009), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023, n°51

Classificação dos Experts	n°	%	Desvio padrão
1 – Novato	5	10%	1,0763
2 - Iniciante Avançado	23	45%	
3 – Competente	13	25%	
4 – Proficiente	6	12%	
5 – Expert	4	8%	

Fonte: Elaborado pela autora,2023

### 3.3 ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS

As definições constitutivas e operacionais foram organizadas em quadros, apresentadas conforme os componentes do diagnóstico RPGD nos ANEXO B, C e D.

### 3.4 VALIDADE DE CONTEÚDO DO DE RPGD

Ao realizar a análise da validade de conteúdo da etiqueta diagnóstica, obteve-se como resultado o IVC = 0,98 e quanto a definição diagnóstica o IVC = 0,94. O IVC médio correspondeu a 0,96. Ao realizar o índice de Gwet, para a avaliação da concordância global das respostas, o valor obtido foi 0,658, com IC 95% limite inferior 0,505 e limite superior de 0,811, indicando concordância entre os experts. Porém apresentando distribuição não padrão (p-valor < 0,001) conforme apresentado na tabela 05.

**Tabela 05:** Distribuição das respostas dos experts em relação à etiqueta diagnóstica e definição no domínio relevância, 2023, n°51

Item	Discordo Totalmente		Discordo parcialmente		Indiferente		Concordo parcialmente		Concordo Totalmente		IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Etiqueta diagnóstica	0	0,00	0	0,00	1	0,02	5	0,10	45	0,88	0,98
Definição diagnóstica	1	0,02	2	0,04	0	0,00	11	0,22	37	0,73	0,94
<b>IVC Médio</b>											0,96
<b>Valor Gwet</b>	0,658 (0,505 ; 0,811)						p-valor < 0,001				

Fonte: elaborado pela autora,2023

Apesar do elevado valor do IVC obtido para a etiqueta e definição diagnóstica, alguns experts sugeriram possíveis alterações (ANEXO E). Após análise das sugestões apresentadas no ANEXO E a etiqueta diagnóstica foi mantida, pois o RPGD refere-se à vulnerabilidade para o desequilíbrio do constructo padrão glicêmico. O padrão glicêmico representa as recorrentes flutuações no nível de glicose verificado por um conjunto de medições da glicemia em diferentes momentos do dia e dias subsequentes. Quando desequilibrado significa que as medições estão recorrentemente fora do alvo desejável e/ou o grau de dispersão do conjunto destas medições encontra-se alto. Portanto, o objeto de avaliação diagnóstica produz uma conclusão de acompanhamento temporal das glicemias. Apesar de reconhecer a importância clínica sobre a vulnerabilidade do surgimento da hipo/hiperglicemia (medições isoladas), estas não são objeto de intervenção independente de enfermagem. Descaracterizando, portanto, um possível diagnóstico de enfermagem de risco.

Quanto a definição diagnóstica, foi realizada modificações com a finalidade de simplificar, conforme as sugestões dos experts, sendo proposta a alteração para a seguinte definição: “Susceptibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose fora do alvo desejável ao longo do dia e/ou em dias subsequentes” conforme apresentado no quadro 15.

Quadro 15: Resumo da adequação da definição diagnóstica do DE RPGD perante sugestões dos experts. Rio de Janeiro, 2024

Proposta	Adequação a sugestão dos experts
<b>Definição diagnóstica</b>	
“Susceptibilidade a recorrentes amplitudes de flutuações no nível de glicose no sangue fora da faixa desejável, que ocorrem ao longo do dia e/ou dias diferentes, com desvio padrão das medições de glicose abaixo de 50mg/dL e/ou coeficiente de variação inferior a 36%.”	“Susceptibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose fora do alvo desejável ao longo do dia e/ou em dias subsequentes”.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024

### 3.4.1 Fatores de Risco

Com relação a relevância dos fatores de risco do DE RPGD, seis componentes diagnósticos apresentaram IVC máximo (1,00), sendo estes: “consumo excessivo de álcool”, “monitoramento inadequado da glicemia”, “conhecimento inadequado do manejo da doença”, “regularidade inadequada do consumo de refeições”, “obesidade” e “sobrepeso”. O IVC mínimo obtido correspondeu ao “tabagismo” com o valor de IVC = 0,92, sendo todos fatores de risco do diagnóstico validados, apresentando como IVC médio = 0,97. Quanto a concordância, o índice de Gwet obtido foi 0,807, categorizado como concordância substancial. Quanto ao IC 95% limite inferior 0,748 e limite superior 0,867. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 06.

Com relação a precisão da definição constitutiva, quatro componentes diagnósticos obtiveram IVC máximo (1,00), sendo estes: “gestão inadequada da quantidade de alimentos”, “regularidade inadequada do consumo de refeições”, “obesidade” e “sobrepeso”. O IVC

mínimo obtido refere-se ao “exercício físico diário excessivo” apresentando IVC = 0,88. Todos os componentes diagnósticos foram validados, o IVC médio apresentado correspondeu a 0,96. Ao avaliar a concordância global, o índice Gwet obtido foi de 0,751, categorizado como concordância substancial, com IC 95% limite inferior de 0,673 e limite superior de 0,830. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 06.

Quanto a precisão da definição operacional, apenas dois fatores de risco apresentaram IVC máximo (1,00), sendo estes “obesidade” e “sobrepeso”. Com relação ao IVC mínimo obtido dois fatores de risco apresentaram IVC = 0,88, “disfunção cognitiva” e “consumo excessivo de álcool”. Todos os componentes diagnósticos validados, com IVC médio de 0,95. Quanto a concordância, o índice de Gwet obtido foi 0,746, apresentando concordância substancial, com IC 95% limite inferior 0,670 e limite superior 0,823. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 06 e apesar dos elevados valores dos IVCs obtidos para os fatores de risco, quanto a relevância e precisão das definições constitutivas e operacionais houve sugestões ofertadas pelos experts conforme ANEXO F, G e H e apresentado no quadro 16 as alterações realizadas conforme as sugestões.

**Tabela 06:** Distribuição das respostas dos experts sobre os fatores de risco quanto a relevância, definição constitutiva e definição operacional, 2023 n°51

Fatores de risco	de	Discordo Totalmente		Discordo parcialmente		Indiferente		Concordo parcialmente		Concordo Totalmente		IVC
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Estresse excessivo												
	Relevância	0	0,00	0	0,00	2	0,04	7	0,14	42	0,82	0,96
	Definição	0	0,00	2	0,04	2	0,04	9	0,18	38	0,75	0,92
Constitutiva												
	Definição	0	0,00	1	0,02	0	0,00	7	0,14	43	0,84	0,98
Operacional												
2. Disfunção Cognitiva												
	Relevância	1	0,02	1	0,02	2	0,04	10	0,20	37	0,73	0,92
	Definição	1	0,02	0	0,00	2	0,04	9	0,18	39	0,77	0,94
Constitutiva												
	Definição	3	0,06	1	0,02	2	0,04	9	0,18	36	0,71	0,88
Operacional												
3. Consumo excessivo de álcool												



Relevância	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	0,12	45	0,88	1,00
Definição											
Constitutiva	0	0,00	1	0,02	0	0,00	8	0,16	42	0,82	0,98
Definição											
Operacional	0	0,00	5	0,10	1	0,02	10	0,20	35	0,69	0,88
4. Exercício físico diário excessivo											
Relevância	2	0,04	3	0,06	0	0,00	6	0,12	40	0,78	0,90
Definição											
Constitutiva	1	0,02	5	0,10	0	0,00	14	0,28	31	0,61	0,88
Definição											
Operacional	1	0,02	2	0,04	0	0,00	9	0,18	39	0,77	0,94
5. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento											
Relevância	0	0,00	2	0,04	0	0,00	4	0,08	45	0,88	0,96
Definição											
Constitutiva	1	0,02	3	0,06	0	0,00	2	0,04	45	0,88	0,92
Definição											
Operacional	0	0,00	1	0,02	1	0,02	6	0,12	43	0,84	0,96
6. Monitoramento inadequado da glicemia											
Relevância	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04	49	0,96	1,00
Definição											
Constitutiva	0	0,00	1	0,02	0	0,00	4	0,08	46	0,90	0,98
Definição											
Operacional	0	0,00	1	0,02	1	0,02	3	0,06	46	0,90	0,96
7. Conhecimento inadequado do manejo da doença											
Relevância	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,10	46	0,90	1,00
Definição											
Constitutiva	1	0,02	1	0,02	0	0,00	11	0,22	38	0,75	0,96
Definição											
Operacional	1	0,02	0	0,00	0	0,00	9	0,18	41	0,80	0,98
8. Gestão inadequada da quantidade de alimentos											
Relevância	0	0,00	1	0,02	0	0,00	7	0,14	43	0,84	0,98
Definição											
Constitutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,10	46	0,90	1,00
Definição											
Operacional	0	0,00	0	0,00	2	0,04	8	0,16	41	0,80	0,96
9. Regularidade inadequada do consumo de refeições											
Relevância	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,08	47	0,92	1,00
Definição											
Constitutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04	49	0,96	1,00

Definição Operacional	0	0,00	0	0,00	1	0,02	6	0,12	44	0,86	0,98
10. Obesidade											
Relevância	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,06	48	0,94	1,00
Definição Constitutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,08	47	0,92	1,00
Definição Operacional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,06	48	0,94	1,00
11. Sobrepeso											
Relevância	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,06	48	0,94	1,00
Definição Constitutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,10	46	0,90	1,00
Definição Operacional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,10	46	0,90	1,00
12. Tabagismo											
Relevância	1	0,02	0	0,00	3	0,06	0	0,00	47	0,92	0,92
Definição Constitutiva	1	0,02	0	0,00	3	0,06	3	0,06	44	0,86	0,92
Definição Operacional	2	0,04	0	0,00	3	0,06	1	0,02	45	0,88	0,90
13. Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo											
Relevância	0	0,00	1	0,02	1	0,02	2	0,04	47	0,92	0,96
Definição Constitutiva	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,02	49	0,96	0,98
Definição Operacional	0	0,00	0	0,00	1	0,02	4	0,08	46	0,90	0,98

Fatores de Risco	IVC Médio	Valor Gwet	p-valor
Relevância	0,97	0,807 (0,748; 0,867)	< 0,001
Definição Constitutiva	0,96	0,751 (0,673; 0,830)	< 0,001
Definição Operacional	0,95	0,746 (0,670; 0,823)	< 0,001

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quadro 16: Resumo da adequação dos Fatores de Risco do DE RPGD perante sugestões dos experts. Rio de Janeiro, 2024

Proposta	Adequação a sugestão dos experts
<b>Fatores de Risco – Relevância</b>	
Gestão inadequada da quantidade de alimentos	Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos
<b>Fatores de Risco – Definição Constitutiva</b>	
<p><b>1. Estresse Excessivo</b></p> <p>Estresse excessivo de origem emocional ou psíquica provocadas por diversos estímulos ou agentes agressores que levam o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio, gerando a incapacidade de desenvolver suas funções ou trabalhos habituais.</p> <p><b>3. Consumo excessivo de álcool</b></p> <p>Ingestão de uma quantidade excessiva de BEBIDA ALCOÓLICA.</p> <p><b>4. Exercício físico diário excessivo</b></p> <p>Atividade física realizada todos os dias excedendo o que é permitido com intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde.</p> <p><b>5. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento</b></p>	<p><b>1. Estresse Excessivo</b></p> <p>Tensão excessiva de origem emocional ou psíquica provocadas por variados estímulos ou agentes agressores que levam o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio, gerando a incapacidade ou limitação de desenvolver suas funções ou trabalhos habituais.</p> <p><b>2. Consumo excessivo de álcool</b></p> <p>Ingestão de uma quantidade e/ou frequência excessiva de líquido com teor etílico.</p> <p><b>4. Exercício físico diário excessivo</b></p> <p>Esforço físico realizado todos os dias excedendo o que é permitido conforme o limiar de cada indivíduo com intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde.</p>

<p>Cumprimento inadequado do tratamento prescrito, como não comparecimento/agendamento de consultas e/ou falha na adesão a medicação para a obtenção do resultado terapêutico desejado. Implicando na responsabilidade ativa compartilhada pelo paciente e os prestadores de cuidados de saúde.</p>	<p><b>5. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento</b></p> <p>Cumprimento inadequado do tratamento prescrito na responsabilidade ativa compartilhada pelo indivíduo e os prestadores de cuidados de saúde.</p>
<p><b>6. Monitoramento inadequado da glicemia</b></p> <p>Avaliação inadequada em frequência ou regularidade dos níveis totais de glicose sanguínea laboratorial e/ou de forma independente do laboratório de análises clínicas pactuada pela equipe de saúde.</p>	<p><b>6. Monitoramento inadequado da glicemia</b></p> <p>Avaliação inadequada quanto a frequência ou regularidade da mensuração dos níveis totais de glicose sanguínea de modo laboratorial e/ou da realização do automonitoramento glicêmico através da mensuração da glicemia capilar conforme pactuado pela equipe de saúde.</p>
<p><b>7. Conhecimento inadequado do manejo da doença</b></p> <p>Corpo [constituído] por verdades ou fatos acumulados insuficiente perante o processo inteiro do tratamento, incluindo implicações de terapias apropriadas e inapropriadas e resultado clínico indesejado do manejo da doença.</p>	<p><b>7. Conhecimento inadequado do manejo da doença</b></p> <p>Indivíduo constituído por verdades ou informações acumuladas insuficiente perante o processo inteiro do tratamento, incluindo implicações de terapias apropriadas e inapropriadas e resultado clínico indesejado do manejo da doença.</p> <p><b>8. Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos</b></p>

<p><b>8. Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos</b></p> <p>Consumo da quantidade de comida superior ou inferior ao recomendado no plano alimentar individualizado para a ingestão satisfatória de macronutrientes, micronutrientes ou calorias. O consumo superior ou inferior ao recomendado pode ocorrer em apenas uma refeição programada ou no consumo total programado para o dia.</p> <p><b>12. Tabagismo</b></p> <p>Consumo de tabaco com o detrimento da saúde de uma pessoa ou de sua função social. Está incluída a dependência de tabaco.</p>	<p>Consumo da quantidade de alimentos superior ou inferior ao recomendado no plano alimentar individualizado para a ingestão satisfatória de macronutrientes, micronutrientes ou calorias. O consumo superior ou inferior ao recomendado pode ocorrer em apenas uma refeição programada ou no consumo total programado para o dia.</p> <p><b>12. Tabagismo</b></p> <p>Consumo de tabaco com o detrimento da saúde de uma pessoa ou de sua função social seja com uso de cigarros tradicionais e/ou eletrônicos (vapers) ou demais apresentações.</p>
<p><b>Fatores De Risco - Definições Operacionais</b></p>	
<p><b>3. Disfunção Cognitiva</b></p> <p>Avaliação da disfunção cognitiva realizada através do Miniexame do Estado Mental (MEEM), obtenção de pontuação menor ou igual a 24 pontos é considerado demência; em caso de menos de quatro (4) anos de escolaridade o ponto de corte altera-se para 17, ao invés de 24. Em casos de depressão não complicada: 25.1 pontos; e prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos (MISTÉRIO DA</p>	<p><b>4. Disfunção Cognitiva</b></p> <p>Avaliação da disfunção cognitiva realizada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), obtenção de pontuação menor ou igual a 24 pontos é considerado demência; em caso de menos de quatro (4) anos de escolaridade o ponto de corte altera-se para 17, ao invés de 24. Em casos de depressão não complicada: 25.1 pontos; e prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos (MISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; Duncan, Schmidt,</p>

<p>SAÚDE, 2006; DUNCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004).</p>	<p>Giugliani, 2004). Avaliação cognitiva de Montreal (MoCA), tem o objetivo de detectar comprometimento cognitivo leve em pessoas analfabetas ou com menos de cinco anos de escolaridade. Quanto a pontuação pode atingir a 30 pontos, sendo o indivíduo apresentando pontuação inferior a 24 pontos (Julayanont et al., 2015; Amatneeks e Hamdan, 2019).</p>
<p><b>3. Consumo excessivo de álcool</b></p> <p>Declara fazer uso regular de álcool (&gt; 2 bebida/dia) ou consumo excessivo em dias esporádicos ou quando diagnosticado como alcoólico (MIGUEL, 2021; DIEHL, 2011)</p>	<p><b>3. Consumo excessivo de álcool</b></p> <p>Declara fazer uso regular de álcool (&gt; 1 bebida/dia) ou consumo excessivo em dias esporádicos ou quando diagnosticado como alcoólico. Cálculo de doses de álcool, este cálculo é utilizado na atenção primária para identificar a população de risco imediato cujo consumo de álcool excede um limite considerado seguro. Segundo OMS, consumo máximo de 21 unidades de álcool por semana para homens e de 14 para mulheres e através deste cálculo é possível identificar o bebedor excessivo episódico, aquele que em uma única ocasião (Duncan et al., 2004). AUDIT (Alcohol use disorders identification test) é utilizado para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool. O AUDIT é composto por 10 perguntas sendo que cada questão tem uma margem de 0 a 4, possibilitando uma pontuação final de 0 a 40 pontos. Obtenção de pontuação superior ou igual</p>

	<p>a 16 – 19 (zona III) corresponde a indivíduos com uso nocivo ou 20-40 (Zona IV) correspondente ao indivíduo com grande chance de dependência. AUDIT-C é composto por três perguntas com margem de 0 a 4 e, assim como o AUDIT, tem como função fazer uma investigação do padrão de uso de álcool. Para <b>homens</b>, Obtenção de pontuação entre 6 e 7 pontos, <b>alto risco</b> e de 8 a 12 pontos, <b>risco severo</b>. Para <b>mulheres</b>, Obtenção de pontuação entre 6 e 7 pontos, <b>alto risco</b> e entre 8 a 12 pontos, <b>risco severo</b> (De meneses-gaya et, al., 2009).</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2024

### 3.4.2 Populações em Risco

Com relação a relevância das populações em risco para o DE RPGD, apenas “indivíduos com vulnerabilidade social” apresentou IVC máximo (1,00). O IVC mínimo (0,78) foi obtido nas populações “indivíduos de ascendência africana” e “indivíduos indígenas”, valor este indicando a necessidade de revisão. Os outros componentes foram validados, apresentando IVC médio = 0,91. Quanto a concordância, o índice de Gwet o valor obtido foi 0,689, apresentando concordância substancial, com IC 95% limite inferior 0,605 e limite superior 0,772. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 07.

Com relação a precisão da definição constitutiva, dois componentes diagnósticos obtiveram IVC máximo (1,00), sendo estes: “indivíduos com hipoglicemia assintomática” e “indivíduos com histórico de hipoglicemia”. O IVC mínimo obtido refere-se aos “indivíduos de ascendência africana” (IVC = 0,84). Todas as definições constitutivas foram validadas, com o IVC médio de 0,93. Ao avaliar a concordância global, o índice Gwet obtido foi de 0,714, sendo classificado com concordância substancial, com IC 95% limite inferior de 0,628 e limite superior de 0,801. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 07.

Quanto a precisão da definição operacional, três populações em risco obtiveram IVC = 0,98, a saber: “indivíduos com vulnerabilidade social”, “indivíduos com hipoglicemia assintomática” e “indivíduos com histórico de hipoglicemia”. O IVC mínimo (IVC=0,84) obtido foi referente a “indivíduos de ascendência africana”. Todas as definições operacionais foram validadas, com IVC médio de 0,93. Quanto a concordância, o índice de Gwet o valor obtido foi 0,721, obtendo grau de concordância substancial, com IC 95% limite inferior 0,634 e limite superior 0,805. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 07. Apesar dos elevados valores dos IVCs obtidos para as populações de risco, quanto a relevância e precisão das definições constitutivas e operacionais houve sugestões ofertadas pelos experts conforme ANEXO I, J e K e apresentado no quadro 17 as alterações realizadas conforme as sugestões.





Definição Operacional	1	0,02	2	0,04	3	0,06	10	0,20	35	0,69	0,88	
7. Indivíduos com duração prolongada do diabetes												
Relevância	0	0,00	2	0,04	2	0,04	5	0,10	42	0,82	0,92	
Definição Constitutiva	0	0,00	3	0,06	2	0,04	6	0,12	40	0,78	0,90	
Definição Operacional	0	0,00	1	0,02	3	0,06	3	0,06	44	0,86	0,92	
8. Indivíduos com hipoglicemia assintomática												
Relevância	1	0,02	0	0,00	0	0,00	4	0,08	46	0,90	0,98	
Definição Constitutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,10	46	0,90	1,00	
Definição Operacional	0	0,00	1	0,02	0	0,00	3	0,06	47	0,92	0,98	
9. Indivíduos com histórico de hipoglicemia												
Relevância	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,02	49	0,96	0,98	
Definição Constitutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04	49	0,96	1,00	
Definição Operacional	0	0,00	0	0,00	1	0,02	4	0,08	46	0,90	0,98	
10. Indivíduos experimentam período de jejum prolongado voluntariamente												
Relevância	0	0,00	1	0,02	1	0,02	6	0,12	43	0,84	0,96	
Definição Constitutiva	0	0,00	1	0,02	1	0,02	6	0,12	43	0,84	0,96	
Definição Operacional	0	0,00	1	0,02	1	0,02	8	0,16	41	0,80	0,96	
População em Risco	IVC Médio				Valor Gwet				p-valor			
Relevância	0,91				0,689 (0,605; 0,772)				< 0,001			
Definição Constitutiva	0,93				0,714 (0,678; 0,801)				< 0,001			
Definição Operacional	0,93				0,721 (0,634. 0,805)				< 0,001			

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Quadro 17: Resumo da adequação das Populações em Risco do DE RPGD perante sugestões dos experts. Rio de Janeiro, 2024

Proposta	Adequação a sugestão dos experts
<b>Populações em Risco – Definição Constitutiva</b>	
<p><b>2. Idosos</b></p> <p>Pessoas com 65 anos ou mais.</p>	<p><b>2. Idosos</b></p> <p>Pessoas com 60 anos ou mais.</p>
<p><b>7. Indivíduos com duração prolongada do diabetes</b></p> <p>Indivíduos que vivem com uma Enfermidade caracterizada por grupo de desordem relacionado a hiperglicemia e intolerância a glucose por um longo período.</p>	<p><b>7. Indivíduos com duração prolongada do diabetes</b></p> <p>Indivíduos que vivem com uma enfermidade caracterizada por grupo de desordem relacionado a hiperglicemia e intolerância a glucose por um longo período.</p>
<b>Populações de Risco – Definição Operacional</b>	
<p><b>7. Idosos</b></p> <p>Pessoa com idade superior a 65 anos conforme pactuado no estatuto do idoso vigente no país de origem.</p>	<p><b>8. Idosos</b></p> <p>Pessoa com idade superior a 60 anos conforme pactuado no estatuto do idoso vigente no país de origem (BRASIL, 2022).</p>
<p><b>3. Indivíduos com vulnerabilidade social</b></p> <p>Obtenção de pontuação superior a 0,4 no índice de vulnerabilidade social (IVS), é constituído por 16 indicadores organizados em três dimensões (Infraestrutura urbana, Capital humano e Renda e trabalho), a confrontar, reparar e recuperar-se de desastres naturais ou causado pelo homem. pontuação varia de</p>	<p><b>3. Indivíduos com vulnerabilidade social</b></p> <p>Obtenção de pontuação superior a 0,4 no índice de vulnerabilidade social (IVS). O IVS é constituído por 16 indicadores organizados em três dimensões (Infraestrutura urbana, Capital humano e Renda e trabalho), a confrontar, reparar e recuperar-se de desastres naturais ou causado pelo homem. A pontuação varia</p>

<p>0 – 1, sendo 0 – 0,2 muito baixa, 0,2 – 0,3 baixa, 0,3 – 0,4 média, 0,4 – 0,5 alta e 0,5 – 1 muito alta (IPEA, s.d).</p>	<p>de 0 – 1, sendo 0 – 0,2 muito baixa, 0,2 – 0,3 baixa, 0,3 – 0,4 média, 0,4 – 0,5 alta e 0,5 – 1 muito alta (IPEA, s.d). Em contextos familiares, a Escala de Coelho Savassi avalia o risco familiar, pontuações de 05 ou 06 refere-se a Risco menor, 07 ou 08 refere-se a Risco médio e acima de 09 refere-se a Risco máximo (Savassi <i>et al.</i>, 2012).</p>
<p><b>6. Indivíduos Indígenas</b></p> <p>Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto ao vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território, autodeclaração sobre ser índio; e Identificação do indivíduo por grupo étnico existente, conforme definição lastreada em critérios técnicos/científicos, e cujas características culturais sejam distintas daquelas presentes na sociedade não índio (FUNAI, 2023).</p>	<p><b>6. Indivíduos Indígenas</b></p> <p>Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto ao vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território, autodeclaração sobre ser indígena; e Identificação do indivíduo por grupo étnico existente, conforme definição lastreada em critérios técnicos/científicos, e cujas características culturais sejam distintas daquelas presentes na sociedade não indígena (FUNAI, 2023).</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2024

### 3.4.3 Condições Associadas

Com relação a relevância das condições associadas do DE RPGD, apenas um componente diagnóstico (doenças renais) apresentou IVC máximo (1,00), e o IVC mínimo (0,86) foi obtido pelas condições associadas “preparações farmacêuticas” e “indivíduos com úlceras em membros inferiores”. Todas as condições associadas validadas, apresentando como IVC médio = 0,93. Quanto a concordância, o índice de Gwet o valor obtido foi 0,803,

apresentando concordância substancial, com IC 95% limite inferior 0,731 e limite superior 0,876. Destaca-se a distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 08.

Com relação a precisão das definições constitutivas, apenas um componente diagnóstico obteve IVC máximo (1,00), sendo este: doenças renais. O IVC mínimo obtido refere-se a “indivíduos com úlceras em membros inferiores” (IVC = 0,90), sendo todos componentes diagnósticos validados. O IVC médio apresentado correspondeu a 0,95 e ao avaliar a concordância global, o índice Gwet obtido foi de 0,825, apresentando concordância quase perfeita, com IC 95% limite inferior de 0,756 e limite superior de 0,894. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 08.

Quanto a precisão da definição operacional, apenas um componente diagnóstico (doença renal) apresentou IVC máximo (1,00). O IVC mínimo obtido foi “preparações farmacêuticas” IVC=0,88, sendo todos componentes diagnósticos validados. O IVC médio obtido foi de 0,94. Quanto a concordância, o índice de Gwet o valor obtido foi 0,821, obtendo concordância quase perfeita, com IC 95% limite inferior 0,746 e limite superior 0,896. Apresentando distribuição não normal (p-valor < 0,001), conforme tabela 08. As sugestões dos experts com relação condições associadas, perante a relevância, definição constitutiva e definição operacional encontram-se nos respectivos anexos (L, M e N).

Tabela 08: Distribuição das respostas dos experts em relação as condições associadas quanto a relevância, definição constitutiva e definição operacional, 2023 n°51

Condições associadas	Discordo Totalmente		Discordo parcialmente		Indiferente		Concordo parcialmente		Concordo Totalmente		IVC
	N	%	n	%	n	n	%	n	%	n	
	<b>1. Hemoglobina glicada alterada</b>										
Relevância	1	0,02	1	0,02	0	0,00	1	0,02	48	0,94	0,96
Definição Constitutiva	1	0,02	0	0,00	1	0,02	3	0,06	46	0,90	0,96
Definição Operacional	1	0,02	0	0,00	1	0,02	2	0,04	47	0,92	0,96
<b>2. Avaliação do modelo homeostático alterado para pontuação de resistência à insulina</b>											
Relevância	0	0,00	0	0,00	3	0,06	3	0,06	45	0,88	0,94
Definição Constitutiva	0	0,00	0	0,00	3	0,06	0	0,00	48	0,94	0,94
Definição Operacional	0	0,00	0	0,00	3	0,06	3	0,06	45	0,88	0,94
<b>3. Doença Cardiovascular</b>											
Relevância	1	0,02	1	0,02	1	0,02	2	0,04	46	0,90	0,94
Definição Constitutiva	1	0,02	0	0,00	1	0,02	3	0,06	46	0,90	0,96
Definição Operacional	1	0,02	2	0,04	1	0,02	4	0,08	43	0,84	0,92
<b>4. Distúrbios cerebrovasculares</b>											
Relevância	1	0,02	1	0,02	3	0,06	6	0,12	40	0,78	0,90
Definição Constitutiva	1	0,02	0	0,00	1	0,02	5	0,10	44	0,86	0,96
Definição Operacional	1	0,02	0	0,00	1	0,02	4	0,08	45	0,88	0,96
<b>5. Diminuição do nível de albumina sérica</b>											
Relevância	2	0,04	1	0,02	2	0,04	3	0,06	43	0,84	0,90
Definição Constitutiva	2	0,04	1	0,02	1	0,02	4	0,08	43	0,84	0,92
Definição Operacional	2	0,04	1	0,02	1	0,02	3	0,06	44	0,86	0,92
<b>6. Retinopatia diabética</b>											
Relevância	0	0,00	1	0,02	0	0,00	4	0,08	46	0,90	0,98



13. Neuropatia periférica											
Relevância	2	0,04	1	0,02	0	0,00	4	0,08	44	0,86	0,94
Definição											
Constitutiva	1	0,02	1	0,02	0	0,00	4	0,08	45	0,88	0,96
Definição											
Operacional	1	0,02	2	0,04	0	0,00	4	0,08	44	0,86	0,94
14. Preparações farmacêuticas											
Relevância	2	0,04	2	0,04	3	0,06	6	0,12	38	0,75	0,86
Definição											
Constitutiva	1	0,02	0	0,00	3	0,06	6	0,12	41	0,80	0,92
Definição											
Operacional	1	0,02	2	0,04	3	0,06	6	0,12	39	0,77	0,88
15. Polifarmácia											
Relevância	2	0,04	1	0,02	1	0,02	9	0,18	38	0,75	0,92
Definição											
Constitutiva	2	0,04	0	0,00	1	0,02	9	0,18	39	0,77	0,94
Definição											
Operacional	2	0,04	1	0,02	1	0,02	6	0,12	41	0,80	0,92
16. Indivíduos com úlceras em membros inferiores											
Relevância	2	0,04	2	0,04	3	0,06	4	0,08	40	0,78	0,86
Definição											
Constitutiva	2	0,04	0	0,00	3	0,06	3	0,06	43	0,84	0,90
Definição											
Operacional	2	0,04	0	0,00	3	0,06	3	0,06	43	0,84	0,90

Condições associadas	IVC Médio	Valor Gwet	p-valor
Relevância	0,93	0,803 (0,731; 0,876)	< 0,001
Definição			
Constitutiva	0,95	0,825 (0,756; 0,894)	< 0,001
Definição			
Operacional	0,94	0,821 (0,746; 0,896)	< 0,001

Fonte: Elaborado pela autora, 2023



Na Tabela 09, encontra-se a comparação entre os resultados do teste de concordância utilizando Kappa e Gwet. É possível observar que através do teste de Gwet todas as comparações foram significativas ( $p$ -valor  $< 0,005$ ), sinalizando que os experts possuem convergência nas respostas. Com relação ao teste Kappa notamos que quase todas as comparações foram significantes, exceto as duas primeiras. Nota-se, também, que o valor obtido de Kappa foi bem inferior ao obtido pelo Gwet. Tal resultado vai de encontro ao chamado “Paradoxo de Kappa”, que é quando existe grande concordância entre os experts, porém o Kappa não consegue captar a magnitude da concordância. Com relação ao quadro 15, este refere-se ao resumo da adequação dos componentes diagnósticos perante sugestões dos experts do DE RPGD.

**Tabela 09:** Medidas de Kappa e Gwet quanto Etiqueta e definição diagnóstica, Fatores de risco, População de risco e condições associadas, 2023

	<b>Kappa</b>	<b>IC de 95%</b>	<b>P-valor</b>	<b>Gwet</b>	<b>IC de 95%</b>	<b>P-valor</b>
Etiqueta diagnóstica e definição no domínio relevância	0,073	(-0,137 ; 0,285)	0,487	0,658	(0,505 ; 0,811)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Fatores de Risco</b>						
Relevância	0,161	(-0,002 ; 0,323)	0,053	0,807	(0,748 ; 0,867)	<b>&lt;0,001</b>
Definição constitutiva	0,155	(0,085 ; 0,225)	<b>&lt;0,001</b>	0,751	(0,673 ; 0,830)	<b>&lt;0,001</b>
Definição operacionais	0,189	(0,099 ; 0,279)	<b>&lt;0,001</b>	0,746	(0,670 ; 0,823)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Populações em Risco</b>						
Relevância	0,159	(0,087 ; 0,231)	<b>&lt;0,001</b>	0,689	(0,605 ; 0,772)	<b>&lt;0,001</b>
Definição constitutiva	0,166	(0,088 ; 0,245)	<b>&lt;0,001</b>	0,714	(0,628 ; 0,801)	<b>&lt;0,001</b>
Definição operacionais	0,183	(0,087 ; 0,279)	<b>&lt;0,001</b>	0,721	(0,634 ; 0,805)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Condições Associadas</b>						
Relevância	0,354	(0,216 ; 0,492)	<b>&lt;0,001</b>	0,803	(0,731 ; 0,876)	<b>&lt;0,001</b>
Definição constitutiva	0,348	(0,208 ; 0,489)	<b>&lt;0,001</b>	0,825	(0,756 ; 0,894)	<b>&lt;0,001</b>
Definição operacionais	0,346	(0,208 ; 0,485)	<b>&lt;0,001</b>	0,821	(0,746 ; 0,896)	<b>&lt;0,001</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Ao realizar a análise comparativa do material exposto aos experts e com as sugestões de alterações/acréscimos apresentados por este presente nos apêndices J, K, L, M, N, O, P, Q, R e S, foi possível constatar a realização de adequações perante as propostas apresentadas para estes. O Quadro 15 refere-se ao resumo da adequação dos componentes diagnósticos perante sugestões dos experts do DE RPGD. Sendo as principais adequações realizadas quanto a definição diagnóstica, proporcionando maior relevância deste, além da alteração da nomenclatura do fator de risco Gestão inadequada da quantidade de alimentos para Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos visando melhor compreensão. Realização

da adequação de definições constitutivas e operacionais de componentes diagnósticos referente a fatores de risco e populações de risco, conforme exposto no quadro 15, 16 e 17.

### 3.5 INFOGRÁFICO

Foi produzido o infográfico em três categorias, a saber: definição e fatores de risco; condições associadas e populações em risco. Ver Figura 01, 02, 03, 04 e 05.

Figura 01: Infográfico RPGD – Definição e Fatores de Risco: Parte 1



Fonte: elaborado pela autora, 2024

Figura 02: Infográfico RPGD – Definição e Fatores de Risco Parte: 2

## Acompanhamento inadequado do regime de tratamento



**O que é:**  
Cumprimento inadequado do tratamento prescrito implicando na responsabilidade ativa compartilhada pelo indivíduo e os prestadores de cuidados de saúde.

**Como Avaliar:**  
Utilizar as escalas avaliativas Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Antidiabéticos Oraís (MAT ADOs), Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Insulinoterapia (MAT insulina) (BOAS, LIMA, PACE, 2014). E a Escala de Avaliação da Alfabetização em Saúde quanto à adesão medicamentosa entre diabéticos (ASAM-D) e detecção de absenteísmo nas consultas multidisciplinares (CARDOSO et al., 2019).

## Tabagismo

**O que é:**  
Consumo de tabaco com o detrimento da saúde de uma pessoa ou de sua função social seja com uso de cigarros tradicionais e/ou eletrônicos (vapers) ou demais apresentações.

**Como Avaliar:**  
Obtenção de escore elevado durante a aplicação do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), o qual a variação do escore é 0-10. Quanto maior o escore mais intensa é a dependência à nicotina (HEATHERTON et al., 1991). Obtenção de escore elevado durante a aplicação do Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), o qual a variação do escore é 0-10, sendo 6-7 alto e 8-10 muito alto o nível de dependência a nicotina (POMERLEAU, MAJCHREZAK E POMERLEAU, 1989).





## Conhecimento inadequado do manejo da doença

**O que é:**  
Indivíduo constituído por verdades ou informações acumuladas insuficientes perante o processo inteiro do tratamento, incluindo implicações de terapias apropriadas e inapropriadas e resultado clínico indesejado do manejo da doença.

**Como Avaliar:**  
Utilizar a escala Insulin Management Diabetes Self-efficacy (IMDSES). A pontuação varia entre 28-112 e quanto maior a pontuação, menor a autoeficácia (SANTOS et al., 2018). Utilizar a escala Questionário de atividades de autocuidado com diabetes (QDA), É Considerado baixo nível de autocuidado na pontuação entre 0 a 7. (GASTAL, PINHEIRO E VASQUEZ, 2007; FRANÇA et al., 2020). Utilizar a escala Diabetes Mellitus Knowledge (DKN-A). É Considerado baixo conhecimento na obtenção de pontuação entre 19-95, utilizar a escala Diabetes Attitudes Questionnaires (ATT-19). É considerado baixo nível de aprendizagem na obtenção de pontuação entre 0-15 (TORRES et al., 2005).

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. PROFESSIONAL PRACTICE COMPETENCY STANDARDS. Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, v. 45, n. Supplement 3, p. S1-S2, jun 2022. DOI: 10.2337/s13459-022-02166-3. (em inglês)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Associação Brasileira de Diabetes (ABD). Manual diagnóstico e tratamento de diabetes mellitus. Brasília, DF: Associação Brasileira de Diabetes, 2010. (em português)

CARDOSO, J. C. F.; MACHADO, A. L. F.; SILVA, R. M. C.; SOUZA, R. M. G. S. A adesão ao tratamento de diabetes mellitus: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 1, p. 1-18, jan 2019. (em português)

CHAMBERS, W. L.; WASSERMAN, J. W. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

DEBONO, D. F.; DEBONO, D. F. A. The impact of health literacy on patient adherence. *Medical Care*, v. 46, n. 10, p. 1003-1010, oct 2008. (em inglês)

Fonte: elaborado pela autora, 2024

Figura 03: Infográfico RPGD – Definição e Populações em Risco

## Risco de padrão glicêmico desequilibrado

Definição: "Suscetibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose fora do alvo desejável ao longo do dia e/ou em dias subsequentes".

### Populações em risco



#### Indivíduos com duração prolongada do diabetes

**O que é:** Indivíduos que vivem com uma enfermidade caracterizada por grupo de desordem relacionado a hiperglicemia e intolerância a glicose por um longo período.

**Como Avaliar:** Indivíduos com diabetes por um período superior a 5 anos (RODACKI et al., 2023).

#### Indivíduos indígenas

**O que é:** Indivíduo cuja origem ancestral está em algum grupo que habitava um país ou uma região no momento que chegaram pessoas de diferentes culturas ou origens étnicas. O qual frequentemente mantém seus idiomas, cultura e crenças distintos.

**Como Avaliar:** Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto ao vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território, autoidentificação sobre ser indígena e identificação do indivíduo por grupo étnico existente, conforme definição lastreada em critérios técnico-científicos, e cujas características culturais sejam distintas daquelas presentes na sociedade não indígena (FUNAI, 2023).





#### Indivíduos que experimentam período de jejum prolongado voluntariamente

**O que é:** Indivíduos que vivenciam momentos de restrição de ingestão de alimentos de modo espontâneo.

**Como Avaliar:** Indivíduo que relata realizar período de restrição na ingestão de alimentos, não seguindo o plano alimentar individualizado (FISBERG, MARCHIONI e COLUCCI, 2009).

#### Indivíduos com baixo nível educacional

**O que é:** Indivíduo com nível de educacional igual ou inferior ao ensino fundamental.

**Como Avaliar:** Indivíduo com formação educacional inferior a duração de nove anos (BRASIL, 2017).



#### Valores de glicemia limite inferior do normal no pré-operatório

**O que é:** Nível baixo de glicose sanguínea no período antes da realização de um procedimento cirúrgico.

**Como Avaliar:** Nível de glicose inferior a 70mg/dl no período antes da realização de um procedimento cirúrgico (FISBERG, MARCHIONI e COLUCCI, 2009).





#### Indivíduos com histórico de hipoglicemia

**O que é:** Pessoa que apresenta episódios prévios de nível baixo de glicose sanguínea.

**Como Avaliar:** Pessoa que apresentou episódios anteriores com níveis de glicose inferior a 70mg/dl (BRASIL, 2020).



#### Indivíduos com vulnerabilidade social

**O que é:** Indivíduo ou grupos de indivíduos que apresentam características sociais que levam ao comprometimento na tomada de decisão, afetando a capacidade de antecipar, confrontar, reparar e recuperar-se de desastres naturais ou causado pelo homem.

**Como Avaliar:** Obtenção de pontuação superior a 0,4 no índice de vulnerabilidade social (IVS). O IVS é constituído por 16 indicadores organizados em três dimensões (Infraestrutura Urbana, Capital Humano e Renda e Trabalho) (IPEA, s.d). Em contextos familiares, a Escala de Coelho Savassi avalia o risco familiar, pontuações de 08 refere-se a Risco médio e acima de 08 refere-se a Risco máximo (SAVASSI et al., 2012).

#### Idosos

**O que é:** Pessoas com 60 anos ou mais.

**Como Avaliar:** Pessoa com idade superior a 60 anos conforme pactuado no estatuto do idoso vigente no país de origem (BRASIL, 2022).



#### Indivíduos com hipoglicemia assintomática

**O que é:** Indivíduo que apresenta nível anormalmente baixo de glicose sanguínea sem expressar nenhuma sintomatologia clínica.

**Como Avaliar:** Pessoa que realiza verificação laboratorial ou automonitoração da glicemia realizada através do glicômetro digital obtendo resultado inferior a 70 mg/dl sem presença de sintomatologia ou sintomas que indiquem hipoglicemia sendo estes: tremores no corpo, tontura e vertigem, suor frio, sensação de cabeça "leve", sonolência, palidez, palpitação ou coração acelerado (bradicardia), náusea e fome (COBAS et al., 2023).





#### Indivíduos de ascendência africana

**O que é:** Indivíduo cuja origem ancestral corresponde a algum grupo étnico/racial oriundo do continente africano.

**Como Avaliar:** Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto a etnicidade, a auto-identificação como hócio de pertencimento a um grupo étnico, marcadores genéticos e fenotípicos identificadores de origens ancestrais do continente africano (GOMES, 2019).

Fonte: elaborado pela autora, 2024



Figura 04: Infográfico RPGD – Definição e Condições Associadas: Parte 1

# Risco de padrão glicêmico desequilibrado

Definição: "Suscetibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose fora do alvo desejável ao longo do dia e/ou em dias subsequentes".

## Condições associadas

### Hemoglobina glicada alterada

**O que é:**  
Resultado não enzimático da reação entre a glicose e a hemoglobina A, marcador este que indica o índice médio do nível de açúcar ao longo da vida dos eritrócitos.

**Como Avaliar:**  
Exame laboratorial referente a Hemoglobina Glicada igual ou superior a 6.5% (48 mmol/mol), valor pactuado como referência (ADA, 2024).

### Avaliação do modelo homeostático alterado para pontuação de resistência à insulina

**O que é:**  
Efetividade reduzida do organismo em controlar o nível de insulina. Havendo necessidade do uso de 200ui ou mais de insulina por dia para impedir hiperglicemia ou cetose.

**Como Avaliar:**  
Obtenção de índices elevados do Homeostasis Model Assessment for insulin resistance (HOMA-IR) superior a 3.4. Expressando assim o grau que a resistência à insulina e função deficiente das células (WALLACE, LEVY e MATTHEWS, 2004).

## HOMA-IR

### Doença cardiovascular

**O que é:**  
Espectro de enfermidades que compreende o sistema cardiovascular, incluindo coração, vasos sanguíneos ou pericárdio.

**Como Avaliar:**  
Histórico ou presença de alguma destas enfermidades: Hipertensão arterial sistêmica, Síndromes coronarianas aguda, Infarto agudo do miocárdio, Aterosclerose, Arteriosclerose, Angina, Arritmias, Insuficiência cardíaca crônica, Prolapso de valva mitral, Regurgitação mitra/aórtica, Estenose mitral/ aórtica, Miocardite, Pericardite, Endocardite reumática, Endocardite infecciosa, Choque cardiogênico, Tromboembolismo, Derrame pericárdico, Tamponamento cardíaco e Parada cardiorrespiratória (PRECOMA et. al.,2019).

### Distúrbios cerebrovasculares

**O que é:**  
Espectro de enfermidades que comprometem o fluxo sanguíneo no encéfalo, podendo abranger veias ou artérias no cérebro, cerebelo e tronco encefálico.

**Como Avaliar:**  
Histórico ou presença de alguma destas enfermidades: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) Ataque Isquêmico transitório (AIT), aneurisma cerebral e malformações arteriovenosas (YAMAMOTO, s.d)

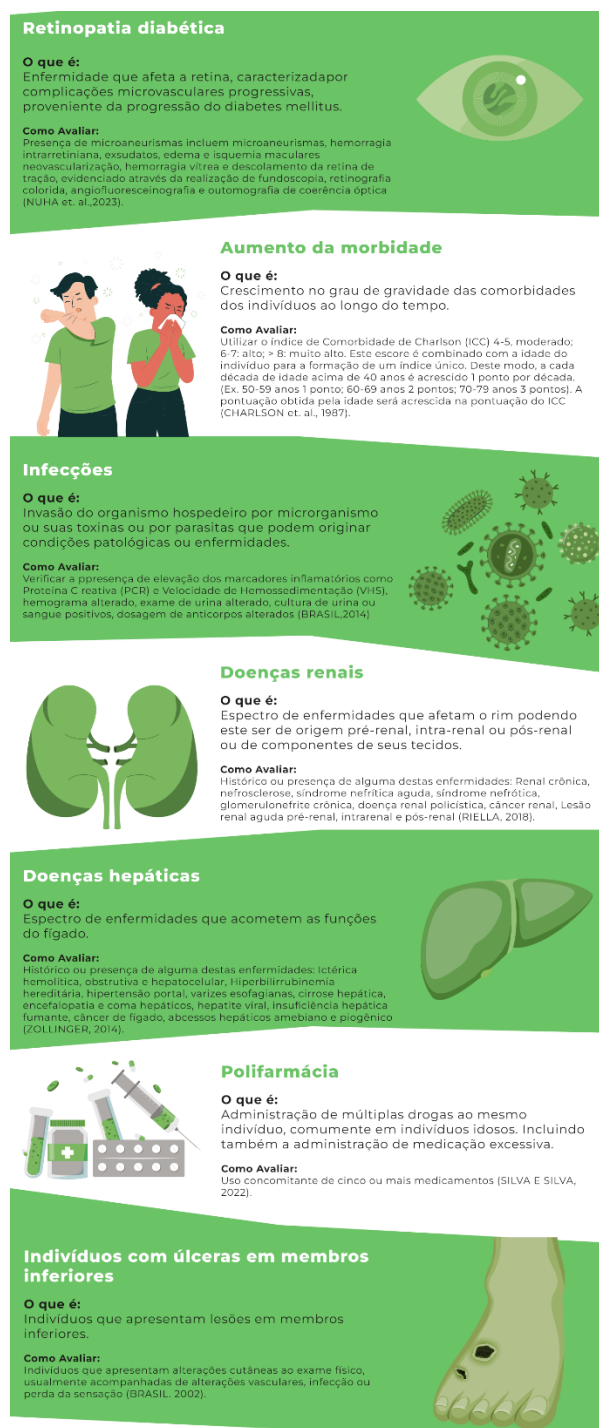
### Diminuição do nível de albumina sérica

**O que é:**  
Nível reduzido da Albumina no sangue sendo esta a proteína responsável pela manutenção da pressão osmótica coloidal e transporte de grandes moléculas.

**Como Avaliar:**  
Nível albumina sérica abaixo de 3,5 g/dl via exame laboratorial (SAMPAIO et. al.,2012).

Fonte: elaborado pela autora, 2024

Figura 05: Infográfico RPGD – Definição e Condições Associadas: Parte 2



Fonte: elaborado pela autora, 2024



#### 4. DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, foi possível estabelecer evidências de validade de conteúdo para o DE RPGD, conforme objetivo geral da pesquisa. O desenvolvimento de estudos de validade de conteúdo vem sendo desenvolvido por pesquisadores brasileiros e internacionais a fim de aprimorar os diagnósticos de enfermagem presentes nas linguagens padronizadas da prática de Enfermagem. A característica dos participantes desta pesquisa, foram similares a outros estudos realizados onde houve predominância de participantes do tipo iniciante avançado (Apolônio *et al.*, 2021, Mendes *et al.*, 2021, Costa, Lopes e Lopes, 2020 e Araújo *et al.*, 2024). Outras investigações brasileiras apresentaram predominância de experts de nível divergente, sendo composto por níveis de experts competentes (França *et al.*, 2023 e Jordão *et al.*, 2022) e novatos (Silva *et al.*, 2021).

Após a avaliação dos experts, a definição diagnóstica foi alterada para “susceptibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose fora do alvo desejável ao longo do dia e/ou em dias subsequentes” e esta definição atende ao proposto pelas principais sociedades de diabetes (ADA, 2024; Pititto *et al.*, 2023; IDF, 2021). Segundo a diretriz da SBD e a ADA, recomenda-se que a variabilidade glicêmica, medida através do cálculo do coeficiente de variação deva ser de menor que 36%, relatando ainda que indivíduos com coeficientes de variação acima de 36% apresentaram episódios mais frequentes de hipoglicemia (Monnier *et al.*, 2017; Pititto *et al.*, 2023; ADA, 2024).

Estudo realizado (Lopes, 2020; Lopes *et al.*, 2022) relata que o foco diagnóstico do DE RPGD relacionado-se a um padrão de oscilações que ocorrem no decorrer do dia (intradia), que incluem os períodos de hipoglicemia e aumentos pós-prandiais, tais como oscilações de glicose no sangue que ocorrem ao mesmo tempo em dias diferentes (interdias). Relatando ainda sobre a ocorrência do padrão fora do limite desejado, é determinada a ocorrência do desequilíbrio glicêmico, quando ocorre à ausência do equilíbrio e da manutenção da proporcionalidade dos níveis séricos da glicose ao longo do tempo, comportando a presença de eventos hiperglicêmicos ou hipoglicêmicos anteriores e atuais, onde indica a uma projeção de vulnerabilidade para recorrência desses episódios (Lopes, 2020).

Com relação aos fatores de risco (FR) após a avaliação dos *experts*, os componentes que apresentaram menores IVCs foram os referente a disfunção cognitiva, consumo excessivo de



álcool e exercício físico diário excessivo. Dentre estes fatores de risco destacados, estudos comprovam a relação entre o comprometimento cognitivo com a gestão inadequada da glicemia (Ryan *et al.*, 2016; Liu *et al.*, 2021; Ma *et al.*, 2023). Neste contexto a evidência de validade deste fator de risco para o PGD se faz importante especialmente a considerar a relação bidirecional deste FR, pois acredita-se na propensão do desenvolvimento da disfunção cognitiva durante o curso da enfermidade do diabetes mellitus e na presença de outras comorbidades (Liu *et al.*, 2021; Ma *et al.*, 2023). A manutenção do padrão glicêmico no alvo é de extrema importância para a preservação e melhor desempenho da função cognitiva, sendo destacado a regulação do nível de glicose no sangue associado à saúde cognitiva do indivíduo com DM (Lehtisalo *et al.*, 2016; Mallorqui-Bangué *et al.*, 2018; Adetinto *et al.*, 2023;)

Estudos previamente realizados (Carvalho *et al.*, 2021; Geijselaers *et al.*, 2015) corroboram ao afirmarem que a presença de déficit cognitivo pode dificultar a gestão do padrão glicêmico, devido a relação entre elevados níveis de HbA1c estarem ligados aos declínios cognitivos associados a diabetes. Além de afirmar que a presença de níveis de glicose cronicamente elevados, flutuações glicêmicas ou picos nos níveis de glicose podem estar associados ao déficit cognitivo, assim como o risco elevado de demência nestes indivíduos (Biessels & Despa, 2018; Carvalho *et al.*, 2021)

A definição operacional do déficit cognitivo sofreu alteração devido a necessidade de acréscimo de escala de avaliação cognitiva de Montreal (MoCA), que visa detectar comprometimento cognitivo leve, avaliando algumas habilidades cognitivas como atenção, funções executivas, memória, linguagem, habilidades visioconstrutivas e orientação, que são essenciais para a realização das atividades de vida diária (Silva *et al.*, 2021; Figueredo *et al.*, 2022). Segundo estudo elaborado por Amatneeks e Hamdan (2019), a escala de MoCa vem sendo considerado um instrumento superior ao MEEM para rastreamento de comprometimento cognitivo em diversas patologias que envolvem danos em estruturas subcorticais do sistema nervosas como DM2.

Quanto ao consumo excessivo de álcool, também foram operacionalizadas mudanças na sua definição operacional, pois houve a necessidade de acrescentar os valores de referência de consumo máximo de bebida alcoólica e o acréscimo das escalas *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) e AUDIT-C. Sendo esses instrumentos os principais para a identificação de grupos de risco e rastreamento de uso inadequado de álcool no âmbito mundial (Santos *et al.*, 2012; Rist *et al.*, 2009).

Segundo a *American Diabetes Association*, mulheres não podem consumir mais de uma bebida alcoólica por dia e para homens não mais que duas bebidas por dia (ADA, 2024). Em contraponto, segundo a Organização mundial de Saúde (OMS), o consumo máximo para mulheres é de 14 unidades de álcool por semana quanto para os homens não deve ultrapassar 21 unidades de álcool por semana e através deste cálculo é possível identificar o bebedor excessivo episódico, aquele que em uma única ocasião extrapola o valor máximo de consumo de bebida alcoólica (Ducan *et al.*, 2004). Sendo evidenciado os riscos do consumo excessivo de álcool por indivíduos com DM que se encontram associados ao ganho de peso e hiperglicemia (ADA, 2024).

Quanto ao FR exercício físico diário excessivo e o risco do padrão glicêmico desequilibrado foi possível verificar na análise dos experts a necessidade de modificação da definição constitutiva. Recomendações de sociedades profissionais que atuam no DM destacam que a realização da atividade física e do exercício físico estão correlacionadas como parte da manutenção do padrão glicêmico no alvo.

Deste modo é recomendada a prática de um estilo de vida saudável, incluindo realização de atividades físicas como estratégia para o controle glicêmico de indivíduos com DM. Sendo recomendado a realização de 150-300 minutos de exercícios físicos aeróbicos de intensidade moderada ou 75-150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa por semana mais treinamento de força/resistência duas ou mais vezes por semana para adultos com DM (ADA, 2024; Zhang E Yang, 2024; Bull *et al.*, 2020).

A realização de exercício físico contribui para a redução dos valores de HbA1c e melhorar outros parâmetros glicêmicos. A realização de diversos tipos de atividade física com intensidade variadas são eficazes na redução da HbA1c nestes indivíduos (Zhang E Yang, 2024; Mannuci; Bonifazi; Monami, 2021). As evidências obtidas por Gallardo-gómez *et al.* (2024) sugerem que as pessoas com diabetes podem precisar de ser mais ativas fisicamente do que o recomendado para otimizar os seus resultados de saúde, contrapondo o proposto pelo presente estudo.

O padrão glicêmico varia para cada indivíduo, com isso a necessidade da realização de adaptação das necessidades específicas de cada indivíduo conforme o tipo de diabetes, idade, qual atividade a ser realizada e a presença de complicações de saúde relacionadas ao diabetes. Além disso, estas recomendações devem ser adaptadas para atender às necessidades de cada

indivíduo com o intuito de evitar o desequilíbrio deste padrão (ADA, 2024; Zhang E Yang, 2024; Gallardo-Gómez *et al.* 2024).

Após a avaliação dos experts, o IVC referente a indivíduos com ascendência africana e indivíduos indígenas apresentaram os menores valores em comparação aos demais, e ao analisar as sugestões foi possível constatar a dificuldade apresentada pelos experts em determinar os indivíduos com ascendência africana e indivíduos indígenas como população de risco para o RPGD.

Evidências científicas apontam para correlação entre o PGD e indivíduos com ascendência africana, pois associa-se as baixas taxas de gestão da doença quando comparada a população de etnia branca (Wadi *et al.*, 2022). Os estudos de Wadi *et al.* (2022) e Attridge *et al.*, (2014) demonstraram que este fator pode ser alterado através da realização de intervenções de estilo de vida culturalmente adaptadas sobre HbA1c e a glicemia em jejum em pessoas com DM2 ou pré-diabetes de ascendência negra africana. Considera-se, portanto, essencial a educação em saúde baseada na adaptação cultural.

Apesar dos resultados de validade desta população em risco possuir relevância (IVC = 0,78), a definição constitutiva e definição operacional apresentaram mesmo valor de IVC (0,84). Deste modo, a investigação corrobora com a permanência desta população em risco por evidenciar que indivíduos com ascendência africana são mais propensos ao desenvolvimento de resistência insulínica em comparação as demais etnias devido à baixa sensibilidade à insulina, proporcionando baixa depuração de insulina e a deficiência na depuração hepática da insulina promovendo a hiperinsulinemia crônica (Ladwa *et al.*, 2022). O mecanismo relaciona-se a dessensibilização do receptor da insulina, e favorece a resistência insulínica dos tecidos-alvo e a subsequente intolerância a glicose. Com isso, a baixa depuração hepática em certos grupos étnicos é o fator de risco a priori subjacente à sua maior prevalência de DM2 e precede o desenvolvimento de resistência à insulina (Ladwa *et al.*, 2022).

Com o objetivo de elucidar e defender a permanência da população indígena como população de risco no DE RPGD, estudos realizados corroboram com a perspectiva de que aspectos sociodemográficos e genéticos de indivíduos indígenas estão associados a variações inadequadas da glicose (Burnside *et al.*, 2023; Fournie; Sibbald e Harris, 2023; Corrêa *et al.*, 2021; e Monte *et al.*, 2023). Parte destas evidências estão relacionadas à dificuldade da

implementação de práticas de autogerenciamento da glicemia perante os povos indígenas e ao abordar a ausência da DM no estilo de vida destes antes da colonização (Burnside *et al.*, 2023).

Deste modo a dificuldade de integrar as melhores práticas biomédicas ocidentais atuais em um atendimento que seja culturalmente relevante para esta população e atribuindo as diferenças na prestação do sistema de saúde podem afetar acesso ao conhecimento sobre DM e conscientização (Burnside *et al.*, 2023). Outro estudo relata a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, e a precariedade dos serviços prestados às comunidades indígenas, sendo estes associados à piores resultados em termos de saúde, especialmente em indivíduos com DM (Fournie; Sibbald e Harris, 2023).

Além das relações entre os prestadores de serviços de saúde sobre a necessidade do conhecimento, habilidade e julgamento e na prestação de cuidados culturalmente seguros para indígenas, o que geralmente fortalece as relações entre os povos indígenas e os prestadores de serviços de saúde (Burnside *et al.*, 2023).

Outro fator que o caracterizam os indivíduos indígenas como população de risco, consiste principalmente com relação a mudança dos hábitos alimentares, o que vem favorecendo para uma maior prevalência de DM nesta população. O consumo de alimentos industrializados presente atualmente nos cotidianos das aldeias, associados as dificuldades na agricultura, a escassez alimentar e o sedentarismo, influenciam na ocorrência da DM em etnias que a pouco tempo não apresentavam registros de casos (Corrêa *et al.*, 2021). Além dos fatores extrínsecos, um estudo genético realizado na população indígena amazônica localizou a presença de quatro genes associados a DM2 em diferentes populações étnicas, outros dois genes relacionados a complicações associadas a DM e a identificação de uma variante de alto impacto (Monte *et al.*, 2023).

Com relação as condições associadas, as preparações farmacêuticas e indivíduos com úlceras em MMII foram os componentes diagnósticos que apresentaram menores valores de IVC. As preparações farmacêuticas, segundo DeSC e MeSH, consistem em drogas dirigidas para consumo humano ou veterinário, apresentadas em sua formulação final. Sendo incluídos os materiais usados na preparação e/ou formulação final. Medicamentos como metformina (hipoglicemiante) e a hidroclorotiazida e rosuvastatina (aumento dos níveis glicêmicos) ocasionaram alterações no perfil glicêmico dos pacientes, corroborando assim com o apresentado no presente estudo (Silva e Althaus, 2022).

A polifarmácia contribui de diversos modos dificultando a manutenção da glicemia alvo, estudos comprovam que indivíduos idosos com diabetes em uso de polifarmácia, apresentam maior frequência de mau controle glicêmico e encontram-se propensos a eventos hipoglicêmicos (Bernier, 2012; McCracken *et al.*, 2017; Remelli *et al.* 2022). Sendo este evento possivelmente relacionado ao elevado quantitativo de consumo de medicamentos hipoglicemiantes em indivíduos idosos e frágeis, frequentemente relacionado ao controle de metas glicêmicas irrealistas, podendo ocasionar desequilíbrios glicêmicos e o risco de eventos hipoglicêmicos (ADA, 2024; Remelli *et al.* 2022).

Outro fator relevante entre a polifarmácia é a propensão ao aumento do risco do controle glicêmico encontra-se relacionado as interações entre medicamentos antidiabéticos e outros medicamentos, podem afetar a farmacocinética dos antidiabéticos (Oktora *et al.*, 2020; Remelli *et al.* 2022). Estas interações medicamentosas como a ocorrência de possíveis reações adversas a medicamentos, podem ser interpretadas de modo errado como indicadores de uma nova enfermidade ou mau controle do diabetes, ocasionando a prescrição de novos medicamentos, sendo este processo denominado “cascata de prescrição” (Masnoon *et al.*, 2017; Huang *et al.*, 2021; Remelli *et al.*, 2022).

No âmbito da DM, é de extrema importância que o controle glicêmico seja realizado de modo extremamente controlado, devendo ser equilibrado com a necessidade de abordar a polifarmácia alterando para a monoterapia, medicamentos com menor frequência de dosagem e/ou terapia combinada fixa, entre os indivíduos idosos mais propensos a níveis elevados de polifarmácia, além do declínio da função fisiologia vivenciada por esta população, sendo está uma abordagem possível visando a diminuição do quantitativo de medicações consumidas por estes (Koto *et al.*, 2023).

As doenças de membros inferiores como a doença arterial periférica e a neuropatia periférica, são complicações importantes do diabetes, a hiperglicemia encontra-se relacionada ao desenvolvimento destas enfermidades (Hicks *et al.*, 2022). Sendo a HbA1c associada a úlceras de pé diabético e grandes amputações em adultos com diabetes (Hamilton *et al.*, 2021; Hicks *et al.*, 2022; Lane *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2015). Segundo o estudo realizado por (Casadei; Filippini; Brognara, 2021; Hicks *et al.*, 2022), considera que a HbA1c é um biomarcador para doenças das extremidades inferiores em adultos com diabetes.

Segundo estudos realizados por (Brownrigg *et al.*, 2012; Lo *et al.*, 2023) relatam sobre a importância do controle glicêmico com relação ao tratamento de feridas em membros inferiores, sendo considerado o melhor controle do padrão glicêmico relacionado a melhores taxas de cicatrização de feridas.

O controle inadequado da glicemia é um dos principais fatores relacionados a incidência de úlcera no pé, risco de amputação e/ou reamputação de membros inferiores em indivíduos diabéticos (Gong *et al.*, 2023). Sendo demonstrado por (Rubio; Jiménez; Lázaro-Martínez, 2020; Zhou *et al.*, 2015; Christman *et al.*, 2011; Lo *et al.*, 2023) a incidência de amputação de membros inferiores foi de 1,2 para cada 1% de aumento do valor da HbA1c e com isso taxa de cicatrização diária diminuiu 0,028cm<sup>2</sup>/dia (Zhou *et al.*, 2015; Lo *et al.*, 2023). Sendo o controle glicêmico precoce e intensivo nas primeiras quatro semanas do início do tratamento da úlcera no pé, encontra-se associada à melhor cicatrização da ferida, independente da área de úlcera inicial (Christman *et al.*, 2011; Lo *et al.*, 2023)

No que tange ao produto técnico-tecnológico produzido nesta investigação, destaca-se que outras iniciativas de investigativas em enfermagem produziram infográficos para dar suporte a educação em saúde (Ferreira *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2023). Nestas investigações foram relatados que o uso do infográfico contribuiu para a adesão ao tratamento, envolvimento e comprometimento das famílias nos cuidados ofertados as populações ênfase dos estudos. Entretanto, destaca-se a perspectiva inovadora do infográfico aqui produzido por estar voltado à educação permanente de profissionais que serão responsáveis por diagnosticar o RPGD na população com DM.

O infográfico consiste em uma ferramenta que relaciona as informações de interesse do público-alvo e converge com o processo educativo, visando a compreensão através da comunicação simples integrada a imagens e textos (Oliveira, Cunha, 2020; Oliveira *et al.*, 2023). Promovendo o consumo das informações pelo público-alvo e facilita a elaboração das intervenções em saúde, além de motivar o uso de estratégias educativas, promovendo a eficácia de sua utilização (Frazão *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2023).

O uso da tecnologia educacional relacionada ao diagnóstico de enfermagem, pensamento crítico e raciocínio clínico é capaz de promover melhoria na assistência prestada por enfermeiros assistências com relação ao DE (Collins, 2013). O aperfeiçoamento do

raciocínio diagnóstico é um desafio para os profissionais da saúde, pois exige o emprego de várias estratégias de ensino e educação permanente (Paschoal *et al.*, 2022).

Nos últimos anos, houve uma crescente expansão do uso de Tecnologias educacionais no âmbito da enfermagem, e deste modo trazendo diversos benefícios no âmbito assistencial e na educação permanente: a facilidade, auxílio e melhorias na qualidade dos serviços, melhoria na eficácia, efetividade e segurança do cuidado, favorecendo a troca de experiências e interlocuções de informações, auxílio na administração do tempo de trabalho, ajuda na avaliação de parâmetros clínicos e contribui para a resolução de problemas e a tomada de decisões (Vicente *et al.*, 2019).

## 5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou limitações: a não observância dos critérios de Norris na elaboração das definições constitutivas e operacionais, a não realização da mensuração da concordância através do teste binominal, e a não realização da validação da tecnologia educacional.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu o objetivo geral proposto e realizou a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de Padrão Glicêmico desequilibrado. Após a validação de conteúdo o estudo propôs a produção de infográfico para *assessment*. A validação de conteúdo foi baseada na abordagem da sabedoria coletiva (*wisdom of the crowd*), sendo obtido níveis de qualificação de graduação a doutorado entre os 51 experts participantes da pesquisa, além de apresentar distintos níveis de expertise, de novato a expert. Foi evidenciado a maioria dos experts classificados como iniciantes avançados, alcançando a meta proposta para validar o conteúdo conforme o nível 2.2.2 Validade potencial do conteúdo do diagnóstico.

A definição diagnóstica foi alterada para melhor compreensão e assim proporcionar maior aplicabilidade do DE RPGD, sendo definido como “susceptibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose fora do alvo desejável ao longo do dia e/ou em dias subsequentes”. Com relação aos componentes diagnósticos, foi possível constatar a importância da permanência dos fatores de risco referente a disfunção cognitiva, consumo excessivo de álcool, e exercício físico diário excessivo.

Quando as populações de risco, os indivíduos ascendentes de africanos e indivíduos indígenas apresentam uma necessidade que abrangem ambas as populações que corresponde a importância da educação em saúde baseada na adaptação cultural conforme as necessidades específicas de cada população. Nas condições associadas refinamentos para sustentação das preparações farmacêuticas foram operacionalizadas.

A presente dissertação contribui para o avanço dos conhecimentos disciplinares que sustentem uma prática profissional para pessoas com DM, auxiliando na avaliação desta população mediada pela tecnologia produzida. Assim, contribui potencialmente para a elaboração do plano de cuidados, a fim de favorecer a elaboração de estratégias que minimizem possíveis complicações da doença e proporcionar melhorias na qualidade de vida.

Destaca-se ainda que os resultados aqui apresentados favorecem o aprimoramento de uma linguagem padronizada da prática de Enfermagem consolidando os conhecimentos necessários ao julgamento clínico, auxiliando na melhoria da tomada de decisão. E por fim, contribui para o avanço do campo epistemológico da Enfermagem na área de Fundamentos de enfermagem e da especialidade de enfermagem em endocrinologia. E como recomendações futuras, destaca-se a necessidade da elaboração de estudos de validação clínica do diagnóstico de enfermagem, bem como o teste da aplicação da tecnologia nos contextos de prática clínica.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tipos de câncer. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos>. 2023. Acesso em: 12.02.2023.

ADERINTO, N. *et al.* The impact of diabetes in cognitive impairment: A review of current evidence and prospects for future investigations. **Medicine**, Baltimore, v. 102, n.43, p.e35557, Out. 2023. DOI: [10.1097/MD.00000000000035557](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035557). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10615478/pdf/medi-102-e35557.pdf> . Acesso em: 10 fev 2024

AMATNEEKS T. M; HAMDAN A. C. Sensitivity and specificity of the Brazilian version of the Montreal Cognitive Assessment – Basic (MoCA-B) in chronic kidney disease. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 41, n. 4, p. 327-333, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0085>. Disponível em: <https://www.trends.org.br/article/10.1590/2237-6089-2018-0085/pdf/trends-41-4-327.pdf> . Acesso em: 10 fev 2024

American Diabetes Association Professional Practice Committee. "12. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes-2024." **Diabetes care**, v. 47, n. 1, p.S231-S243. 2024 DOI: 10.2337/dc24-S012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38078577/>

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2024. **Diabetes Care**, 47(Supplement\_1), S244–S257. <https://doi.org/10.2337/dc24-S013>. Acesso em: 26.04.2024.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. **Diabetes Care**, 47(Supplement\_1), S20–S42. <https://doi.org/10.2337/dc24-S002>. Acesso em: 26.04.2024.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. **Diabetes Care**, 47(Supplement\_1), S77–S110. <https://doi.org/10.2337/dc24-S005>. Acesso em: 26.04.2024.

**American Diabetes Association Professional Practice Committee.** (2024). Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes—2024. **Diabetes Care**, 47(Supplement\_1), S111–S125. <https://doi.org/10.2337/dc24-S006>. Acesso em: 26.04.2024.

**American Diabetes Association Professional Practice Committee.** (2024). Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2024. **Diabetes Care**, 47(Supplement\_1), S1–S4. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>. Acesso em: 26.04.2024.

**American Psychiatric Association (APA).** Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

APOLÔNIO, F. R. *et al.* Content validity of the nursing diagnosis powerlessness in women during natural childbirth. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, p. e20210198, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0198> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vg4GBJfctKjJGngmg5dQWd/?lang=en#>. Acesso: 26 abr. 2024

ARAÚJO, J. N. M *et al.* Accuracy of clinical indicators of the nursing diagnosis proposal on ocular dryness in intensive care. **Acta Paul Enferm**, v. 36, e APE024632, Jun. 2023. DOI:

<https://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO0246332>. Disponível em: [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-36-eAPE024632/1982-0194-ape-36-eAPE024632-en.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-36-eAPE024632/1982-0194-ape-36-eAPE024632-en.pdf) . Acesso em: 24 abr. 2024

ARAÚJO, J. N. M *et al.* Content validity of the nursing diagnosis proposal Ocular dryness in adult patients admitted to the intensive care unit. **Enf. Global**, v. 23, n. 1, p.355-403. 01 jan, 2024. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.561191> . Disponível em: <https://revistas.um.es/global/article/view/561191/352901>. Acesso em: 23 abr. 2024

**Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)**. Agenda de prioridades em pesquisa para enfermagem (proposta preliminar). Brasília, DF, 2022. 40p.

ATTRIDGE, M *et. al.* Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2024, n. 9, CD006424. 4 set. 2024. doi: 10.1002/14651858.CD006424.pub3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10680058/pdf/CD006424.pdf> . Acesso em: 16 mai 2024

BELÉM, A.R.S.C. et al. Efect of a strandatdized instrument on the quality of nurses' records: A quasi-experimental study. **REME – Rev Min Enferm.** v.23, e-1252, 2019.DOI: 10.5935/1415-2762.20190100. Disponível em: [https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en\\_1252.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_1252.pdf). Acesso em 16. Mai. 2022

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics (2nd ed.). Springer Publishing Company.

BERNIER, Sheila Alathia. Investigating the effects of polypharmacy among elderly patients with diabetes on glycemic control and clinical outcomes in home health care. Dissertation Prepared for the Degree. University of North Texas, 2012. Disponível em: <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc177177/> . Acesso em: 15 mai 2024

BIESSELS, G.J; DESPA, F. Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: mechanisms and clinical implications. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 14, n. 10, p. 591-604, out. 2018. DOI: 10.1038/s41574-018-0048-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6397437/pdf/nihms-1013972.pdf>. Acesso em: 11 mai 2024

BOAS, L. C. G.-V *et al.* Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 11–18, jan.-fev 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3155.2386. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292700/pdf/rlae-22-01-0011.pdf> . 11 abr 2023

BRANDÃO, M.A.G *et al.* Theoretical and methodological reflectons for the construction of middle-range nursing theories, **Texto contexto Enferm**, v.26, n.4, e1420017. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001420017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HQB9S33dgsLPgKgKSst6f5K/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022

Brasil. Carta circular nº 2/2021 – CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. CONEP/SECNS/MS. Brasília, DF, p.1-5, 24 fev. 2021. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf).

Brasil. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa”

e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília: Presidência da República. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2008). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2008.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. (2021). Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2014). Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_v3.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v3.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2011). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002). Dermatologia na Atenção Básica (1ª edição). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. (2021). Plano de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: 09-plano-de-dant-2022\_2030.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2005). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BROWNRIGG, J.R. *et al.* The association of ulceration of the foot with cardiovascular and all-cause mortality in patients with diabetes: a meta-analysis. **Diabetologia**, v. 55, n. 11, p. 2906-2912, nov. 2012. DOI: 10.1007/s00125-012-2673-3. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-012-2673-3>. Acesso em: 26 mai. 2024

BULL, F.C. *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **Br J Sports Med**, v.54, n.24, p.1451-1462. 2020. doi:10.1136/bjsports-2020-102955. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7719906/pdf/bjsports-2020-102955.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2024

BURNSIDE, H. *et al.* Exploring the Lived Experience of Self-management Practices of Indigenous Men, Women and Two-spirited Individuals Living With Type 2 Diabetes in Canada, the United States, Australia, and New Zealand: A Scoping Review. **Can J Diabetes**, v. 47, n.5, p. 455-472.e15, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2023.03.007>. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1499-2671\(23\)00062-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1499-2671(23)00062-X). Acesso em: 15 abr. 2024

CARDOSO, M.C. *et al.*, Validity and reliability of the Health Literacy Assessment Scale for adherence to drug treatment among diabetics. **Einstein**, São Paulo, v.17, n.2, p. eAO4405, 2019. DOI: [http://dx.doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2019AO4405](http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4405). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/3fzjKXVxJXyWRDbmnSMKktJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 jun. 2022

CARVALHO, R.S.A *et al.* Prevalência de Disfunções Cognitivas em Pacientes com Diabetes Tipo 2. **Revista SBPH**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-50, jun. 2021. DOI: Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582021000100005&lng=pt&nr=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000100005&lng=pt&nr=iso). Acesso em: 14 mai. 2024.

CASADEI, G; FILIPPINI, M; BROGNARA, L. Glycated Hemoglobin (HbA1c) as a Biomarker for Diabetic Foot Peripheral Neuropathy. **Diseases**, v. 9, n. 1, p. 16, fev. 2021. DOI: 10.3390/diseases9010016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8006047/pdf/diseases-09-00016.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2024.

CECATO, J. F. *et al.*. Accuracy of praxis test from Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) for Alzheimer's disease: a cross-sectional study. **Sao Paulo Med. J.**, Sao Paulo v. 136, n. 5, p. 390–397, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0022170418>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/vZv3DBrZVHBNLvktD99Yh8S/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 12 fev. 2024.

Chan, S.F.; La Greca, A.M. Perceived Stress Scale (PSS). In: Gellman, M.D. (eds). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Cham: **Springer**, 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-39903-0\_773.

CHARLSON, M.E. *et al.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. **J Chronic Dis**. v. 40, n. 5, p. 373-83, 1987. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.

CHOI, J.W.; HAN, E.; KIM, T.H. Risk of Hypertension and Type 2 Diabetes in Relation to Changes in Alcohol Consumption: A Nationwide Cohort Study. **Int J Environ Res Public Health**. v. 19, n. 9, p. 4941, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19094941.

CHRISTMAN, A.L. *et al.* Hemoglobin A1c predicts healing rate in diabetic wounds. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 131, n. 10, p. 2121-2127, out. 2011. DOI: 10.1038/jid.2011.176. PMID: 21697890; PMCID: PMC3174328.

COLLINS, A. Effect of continuing nursing education on nurses' attitude toward and accuracy of nursing diagnosis. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 24, n. 3, p. 122-128, out. 2013. DOI: 10.1111/j.2047-3095.2013.01237.x. PMID: 23611432.

Conselho Federal de Enfermagem. (2024). Resolução 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. (2012). Recuperado em 25 de julho de 2019, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

CORRÊA, P.K.V. *et al.* Prevalence of hypertension and diabetes Mellitus among indigenous peoples. **Cogitare enferm**, v.26, e77820, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72820>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/artic le/view /72820/pdf en>.

COSTA, F.G. *et al.* Social representations on diabetes mellitus and treatment: A psychosociological reasearch. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo fundo, v.10, n.2, p.36-53. Jul-Dez., 2018. DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2865>. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/233172075.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022

COSTA, J.F. da; DOMINGUES, A.N.; FONSECA, L.M.M. Desenvolvimento e avaliação de infográfico animado: medicação segura em saúde da criança. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, p. eAPE0387345, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00387345>.

COSTA, J.N.; LOPES, M.H.B.M.; LOPES, M.V.O. Content analysis of nursing diagnoses related to urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*. v. 54, p. e03632, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019803632>. Acesso em: 26.04.2024.

CUBAS, M.R. et al. The ISO 18.104:2003 as integrative model of nursing terminologies. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 669-674, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZLXFZQGzR6NXWBGQrxKZDhn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 09 set. 2022

Departamento de Atenção Básica. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DIEHL, Alessandra. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DINIZ, C.M. Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem padrão ineficaz de alimentação do lactente. 174 f. 2017. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28903/1/2017\\_dis\\_%20cmdiniz.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28903/1/2017_dis_%20cmdiniz.pdf) . Acesso em: 05 jul. 2022

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I, GIUGLIANI, E.R.J. organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

ELSAYED, N.A. *et al.* Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2023. **Diabetes care**, v. 46, n. 1, 2023, p. S68-S96. DOI: 10.2337/dc23-S005.

FARIAS, D.L.; NERY, R.N.; SANTANA, M.E. O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal. **Enferm. Foco.**, v.10, n.1, p.35-9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1486>. Acesso em: 07 nov 2022

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnose. **Heart Lung.**, v.16, n.6, p. 625-9. 1987. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/213076462.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

FERREIRA, F.M.S. et al. Child vaccination in animated infographic: technology for permanent education about the nursing process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20220423, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0423pt>. Acesso em: 23 jan 2024.



FIGUEIREDO, B. Q. *et al.* Análise da prevalência de declínio cognitivo em pacientes diabéticos. **Tópicos em ciências da saúde: contribuições, desafios e possibilidades**. 2022. P. 219-28. DOI: 10.51859/ampla.tcs2438-17.

Fleiss, J.L. Measuring nominal scale agreement among many raters. **Psychological Bulletin**, v. 76, n. 5, p. 378-382, 1971. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0031619>. Acesso em: 14 set 2023

Fournie, M.; Sibbald, S.L.; Harris, S.B. Exploring quality improvement for diabetes care in First Nations communities in Canada: a multiple case study. **BMC Health Serv Res**, v. 23, p. 462, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09442-3. Acesso em: 26.04.2024.

FRANÇA, A.A. *et al.* Avaliação da adesão ao autocuidado em diabetes após intervenção educativa realizada com pacientes hospitalizados. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. Supl. 2, 2020. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24nSupl.2.47260. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/47260>. Acesso em: 11 fev. 2024.

França, M.S. *et al.* Content validation of the nursing diagnosis “inadequate social support network”. **Rev Esc Enferm USP**, v. 57, e20230250, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0250en>. Acesso em: 26.04.2024.

FRANÇA, S.A. *et al.* Severidade dos Sintomas da Doença de Parkinson. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 45, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583433316>. Acesso 26.01.2024.

GALLARDO-GÓMEZ *et al.* Optimal Dose and Type of Physical Activity to Improve Glycemic Control in People Diagnosed With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. **Diabetes Care**, v.47, n.2, p. 295–303. 19 de janeiro de 2024. DOI: 10.2337/dc23-0800. Acesso em: 11 abr. 2024.

GEIJSSELAERS, S.L.C. *et al.* Glucose regulation, cognition, and brain MRI in type 2 diabetes: a systematic review. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v. 3, n. 1, p. 75-89, jan. 2015. DOI: 10.1016/S2213-8587(14)70148-2.

GONG, H. *et al.* Clinical characteristics and risk factors of lower extremity amputation in the diabetic inpatients with foot ulcers. **Frontiers in Endocrinology**, v. 14, p. 1144806, 2023. DOI: 10.3389/fendo.2023.1144806

GWET, K. Kappa statistic is not satisfactory for assessing the extent of agreement between raters. In: **Statistical Methods for Inter-rater Reliability Assessment**, pp. 1-6, 2002. Disponível em: [https://agreestat.com/papers/kappa\\_statistic\\_is\\_not\\_satisfactory.pdf](https://agreestat.com/papers/kappa_statistic_is_not_satisfactory.pdf).

GWET, K.L. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, v. 61, p. 29-48, 2008. DOI: 10.1348/000711006X126600. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/000711006X126600>.

HALL, J.E. Guyton & Hall: Tratado de fisiologia médica. 14. ed. Rio de Janeiro: GEN | Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2021. 1121p.

HAMILTON, E.J. *et al.* Temporal trends in incident hospitalization for diabetes-related foot ulcer in type 2 diabetes: The Fremantle Diabetes Study. **Diabetes Care**, v. 44, n. 3, p. 722-730, mar. 2021. DOI: 10.2337/dc20-1743

Healthy Eating Plate. Harvard T.H. Chan School of Public Health. 2023. Disponível em: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/>. Acesso em: 11 fevereiro 2023.

HEATHERTON, T.F. *et al.* The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **British Journal of Addiction**, v.86, n.9, p.1119-27. 1991. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/21222875\\_The\\_Fagerstrom\\_Test\\_for\\_Nicotine\\_Dependence\\_A\\_revision\\_of\\_the\\_Fagerstrom\\_Tolerance\\_Questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/21222875_The_Fagerstrom_Test_for_Nicotine_Dependence_A_revision_of_the_Fagerstrom_Tolerance_Questionnaire)

HEATHERTON, T.F. *et al.* Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. **British Journal of Addiction**, v. 84, n.7, p.791–9. 1989. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x.

HELOU, J. H.. Preparações farmacêuticas obtidas por extração. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 2-3-4, p. 106–169, 1989. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-695X1989000100012> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfar/a/sjbVcVjFKJ8yRpc4S4Dn6Jh/#>.

Herdman, T.H., Kamitsuru, S., Lopes, C.T. (2021). **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021-2023**. 12th ed. Thieme.

Herdman, T.H., Kamitsuru, S., Lopes, C.T. (2024). **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2024-2026**. 13th ed. Thieme.

HICKS, C.W. *et al.* Glycated albumin and HbA1c as markers of lower extremity disease in US adults with and without diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 184, 2022, p. 109212. DOI: 10.1016/j.diabres.2022.109212.

Horlyck-Romanovsky *et al.* Black New Yorkers with Type 2 Diabetes: Afro-Caribbean Immigrants Have Lower BMI and Lower Waist Circumference than African Americans. **J Racial Ethn Health Disparities**. v.10, n.4, p. 1933–1946. Agosto, 2023. DOI: 10.1007/s40615-022-01375-7.

HUANG, Y. *et al.* Polypharmacy difference between older people with and without diabetes: Evidence from the English longitudinal study of ageing. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 176, 2021. DOI: 10.1016/j.diabres.2021.108842.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10th Edition. 2021, p. 135. Disponível em: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/idf\\_atlas\\_10th\\_edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/idf_atlas_10th_edition_2021.pdf).

International Organization for Standardization (ISO). **Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing: ISO 18104**. Geneva (Switzerland) 2003. Disponível em: [http://www.iso.org/iso/iso\\_catalogue/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=33309](http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=33309).

JACOBSON, A.M. *et al.* Cognitive performance declines in older adults with type 1 diabetes: results from 32 years of follow-up in the DCCT and EDIC Study. **Lancet Diabetes Endocrinol**. v.9, n.7, p.436–45. 2021. DOI: [10.1016/S2213-8587\(21\)00086-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00086-3). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8583716/pdf/nihms-1711529.pdf>.

JOHN, A.P., MYA, T., HAYWOOD, D. Cognitive deficits among people with schizophrenia and prediabetes or diabetes. **Acta Psychiatr Scand**. v.149, n.1, p.65-76, 2024. DOI: 10.1111/acps.13627. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13627>.

Jordão, R.R.R. *et al.* Content validation of interrupted family processes nursing diagnosis. **Acta Paul Enferm.** v.35, p.Eape01716, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape>. Disponível em: [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-35-eAPE01716/1982-0194-ape-35-eAPE01716-en.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE01716/1982-0194-ape-35-eAPE01716-en.pdf) Acesso em: 26.abr.2024.

Jordão, R.R.R. Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem processos familiares interrompidos em mulheres privadas de liberdade. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2020.

JULAYANONT, P. *et al.* The Montreal Cognitive Assessment-Basic: A Screening Tool for Mild Cognitive Impairment in Illiterate and Low-Educated Elderly Adults. **J Am Geriatr Soc.** v.63, n.12, p.2550-2554. Dez, 2015. DOI: 10.1111/jgs.13820. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13820>.

KOTO, R. *et al.* Multimorbidity, Polypharmacy, Severe Hypoglycemia, and Glycemic Control in Patients Using Glucose-Lowering Drugs for Type 2 Diabetes: A Retrospective Cohort Study Using Health Insurance Claims in Japan. **Diabetes Therapy**, v. 14, p. 1175–1192, 2023. DOI: 10.1007/s13300-023-01421-5. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10241751/pdf/13300\\_2023\\_Article\\_1421.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10241751/pdf/13300_2023_Article_1421.pdf). Acesso em: 26 mai.2024.

LADWA, A. *et al.* Exploring the determinants of ethnic differences in insulin clearance between men of Black African and White European ethnicity. **Acta Diabetol.** v. 59, 329–337, 2022. DOI: 10.1007/s00592-021-01809-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8863750/>. Acesso em: 08 abr.2024.

LANE, K.L. *et al.* Glycemic control and diabetic foot ulcer outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Diabetes and its Complications**, v. 34, n. 10, p. 107638, out. 2020. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2020.107638. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7721205/pdf/nihms-1650478.pdf>.

LEHTISALO, J. *et al.* Diabetes, glycaemia, and cognition-a secondary analysis of the Finnish Diabetes Prevention Study. **Diabetes Metab Res Rev.** v.32, n.1, p.102–10. Jan. 2016. DOI: [10.1002/dmrr.2679](https://doi.org/10.1002/dmrr.2679). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.2679>

LO, Z.J. *et al.* Diabetic foot in primary and tertiary (DEFINITE) Care: A health services innovation in coordination of diabetic foot ulcer (DFU) Care within a healthcare cluster - 18-month results from an observational population health cohort study. **International Wound Journal**, v. 20, n. 5, p. 1609-1621, mai. 2023. DOI: 10.1111/iwj.14016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10088846/pdf/IWJ-20-1609.pdf>.

Lopes, M.V.O.; Silva, V.M. Métodos avançados de validade de diagnósticos de enfermagem. In: NANDA Internacional Inc.; Herdman, T.H. (organizador). *Pronanda: programa de atualização em diagnóstico de enfermagem – conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2016. p. 87-132.

LOPES, R.O.P *et al.* Risk for imbalanced blood glucose pattern: construct analysis and nursing diagnosis proposal. **Clin Nurs Res.** 2022 v.31, n.7, p.1-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/10547738211073395>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10547738211073395>. Acesso em: 13 jun 2022.

LOPES, Rafael Oliveira Pitta. **Teoria do Risco de Padrão Glicêmico Desequilibrado em adultos e idosos com Diabetes Mellitus em tratamento.** 229 p. Tese (Doutorado em



Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Lopes-18/publication/342903366\\_Theory\\_of\\_the\\_Risk\\_of\\_Imbalanced\\_Glycemic\\_Pattern\\_in\\_adults\\_and\\_elderly\\_people\\_with\\_Diabetes\\_Mellitus\\_under\\_treatment/links/5f0cedc24585155a55280aa9/Theory-of-the-Risk-of-Imbalanced-Glycemic-Pattern-in-adults-and-elderly-people-with-Diabetes-Mellitus-under-treatment.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Lopes-18/publication/342903366_Theory_of_the_Risk_of_Imbalanced_Glycemic_Pattern_in_adults_and_elderly_people_with_Diabetes_Mellitus_under_treatment/links/5f0cedc24585155a55280aa9/Theory-of-the-Risk-of-Imbalanced-Glycemic-Pattern-in-adults-and-elderly-people-with-Diabetes-Mellitus-under-treatment.pdf). Acesso em: 28. abr. 2022

MA, F. *et al.* Risk factors for cognitive dysfunction and glycemic management in older adults with type 2 diabetes mellitus: a retrospective study. **BMC Endocr Disord**, v.23, n.220, p.01-11, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01476-2>. Disponível em: <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-023-01476-2>

MALLORQUÍ-BAGUÉ, N. *et al.* Type 2 diabetes and cognitive impairment in an older population with overweight or obesity and metabolic syndrome: baseline cross-sectional analysis of the PREDIMED-plus study. **Sci Rep**, v.8, n.1, p.16128. out. 2018. DOI: 10.1038/s41598-018-33843-8. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6208341/pdf/41598\\_2018\\_Article\\_33843.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6208341/pdf/41598_2018_Article_33843.pdf).

MANNUCCI, E. *et al.* Comparison between different types of exercise training in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network metanalysis of randomized controlled trials. **Nutr Metab Cardiovasc Dis**, v.31, n.7, p.1985–1992, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.02.030>. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0939-4753\(21\)00122-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0939-4753(21)00122-8).

MASCARENHAS, N.B. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus e insuficiência renal crônica. **Rev Bras Enferm**, Brasília; v.64, n.1, p. 203-8. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100031>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8WphgsLD9wgZWh6gwKTFXxB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2022.

MASNOON, N. *et al.* What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 230, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/pdf/12877\\_2017\\_Article\\_621.Pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/pdf/12877_2017_Article_621.Pdf)

MATOS, D.A. Confiabilidade e concordância entre experts: aplicações na área educacional. **Est. Aval. Educ.** São Paulo, v.25, n.59, p.298-324 set/out. 2014. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/ea/article/view/2750/2856>.

MCCRACKEN, R *et al.* Associations between polypharmacy and treatment intensity for hypertension and diabetes: a cross-sectional study of nursing home patients in British Columbia, Canada. **BMJ Open**, v. 7, e017430, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017430.

MCSWEEN-CADIEUX, E. *et al.* Use of infographics as a health related knowledge translation tool: protocol for a scoping review. **BMJ Open**, v. 11, n. 6, p. e046117, jun. 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e046117.abstract>.

MENDES, R.C.M.G. *et al.* Content validation of the nursing diagnosis Risk for disturbed maternal-fetal dyad. **Rev Esc Enferm USP**, v.55, p.e03689. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019041403689>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/VD77pjq9hGnBFkwVDKkDnSsR/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 26.04.2024.

MENESES-MONROY, A. *et al.* Use of infographics for facilitating learning of pharmacology in the nursing degree. **Nurs Open**. v.10, n.3, p.1611-1618, Mar 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.1413>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1413>

MIGUEL, Eurípedes C. Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes, volume 2. 2 Ed. Barueri, SP: Manole, 2021.

MONNIER, L *et al.* Toward Defining the Threshold Between Low and High Glucose Variability in Diabetes. **Diabetes Care**, v. 40, n. 7, p. 832-838, jul. 2017. DOI: 10.2337/dc16-1769. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/40/7/832/30254/Toward-Defining-the-Threshold-Between-Low-and-High>.

MONTANARI, F.L. *et al.* Conceptual and operacional definitions of the debriefing characteristics of the nursing diagnosis activity intolerance (0092). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5 n.2, p.4124-4140 mar./apr., 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-011>. Disponível em: [https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/44726?cf\\_chl\\_tk=UR\\_b9u2Xl7XjrHIW.v1wdMzLRf.MQ5EuILLTsN3Ryts-1664412737-0-gaNycGzNCVE](https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/44726?cf_chl_tk=UR_b9u2Xl7XjrHIW.v1wdMzLRf.MQ5EuILLTsN3Ryts-1664412737-0-gaNycGzNCVE). Acesso em: 27 set. 2022.

Monte *et al.* Epidemiological-molecular profile of variants associated with type 2 diabetes mellitus in indigenous populations from the Brazilian Amazon, **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 199, p.110641. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110641>. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168-8227\(23\)00401-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168-8227(23)00401-1)

MUNDIM, M. F. Desenvolvimento de infográfico animado sobre a promoção de saúde bucal para escolares do ensino fundamental. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Informática em Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/227353>. Acesso em: 18 nov. 2022.

OKTORA, MP *et al.* Trends in polypharmacy and potentially inappropriate medication (PIM) in older and middle-aged people treated for diabetes. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 87, p. 2807–2817, 2021. DOI: 10.1111/bcp.14685.

OLIVEIRA, R. B. S. *et al.* Produção de infográfico para manejo de pacientes suspeitos e/ou confirmados de infecção pelo COVID-19 por profissionais de saúde nos serviços de urgências e emergências. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n.11, p. 90948–90960, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-487>; Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/20309>.

OLIVEIRA, Y.S.P.C. *et al.* Infographic for pregnant women and caregivers: educational technology in the context of obstetric care. **Cogitare Enferm**, v.28, e92324 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92324>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/SrBScKjXvZRpKGjSCGV8LHN/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 19 mai. 2024.

PASCHOAL, J.G. *et al.* Application development to support the diagnosis of nurses in the care of surgical patients. **Texto Contexto Enferm**, v. 31, e20210412, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0412en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/sz5Ch6zcBRLN6YsDx9syGdw/>. Acesso em: 25 maio 2024.

PASQUALI, L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Artmed Editora, 2010. 568 p.

PEREIRA, E.B. *et al.* Representações sociais da diabetes mellitus entre pacientes diabéticos e profissionais de saúde. **Enferm Foco**. v.12, n.2, p.277-282, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3996>. Disponível em: <https://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3996>. Acesso em: 11 jun. 2022.

PERLMUTER, L.C. *et al.* Glycemic control and hypoglycemia: Is the loser the winner? **Diabetes Care**. v.31, n.10, p.2072-2076. 2008. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc08-1441>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2551657/pdf/2072.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2022.

PITITTO, B. *et al.* Metas no tratamento do diabetes. Diretriz oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-85-5722-906-8

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2019. Pomerleau C S, Majchrezak MI, Pomerleau OF (1989). Nicotine dependence and the Fagerstrom Tolerance Questionnaire: a brief review. *J Substance Abuse* 1: 471-7.

PRÉCOMA, D.B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019 Arq Bras Cardiol. [online], ahead print, 105p., 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>.

RAKHIS, S. A. B. *et al.* Glycemic control for type 2 diabetes mellitus patients: a systematic review. **Cureus**, v.14, n. 6, p.e26180. 21 jun. 2022, DOI: [10.7759/cureus.26180](https://doi.org/10.7759/cureus.26180). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9304683/pdf/cureus-0014-00000026180.pdf>. Acesso em: 11 mai 2024

REMELLI, F. *et al.* Prevalence and impact of polypharmacy in older patients with type 2 diabetes. **Aging & Clinical Experimental Research**, v. 34, p. 1969–1983, 2022. DOI: 10.1007/s40520-022-02165-1.

RIELLA, M.C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidreletrolíticos. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1.136 p.

ROLIM, L. *et al.* Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-14. ISBN: 978-85-5722-906-8.

RUBIO, J.A.; JIMÉNEZ, S.; LÁZARO-MARTÍNEZ, J.L. Mortality in Patients with Diabetic Foot Ulcers: Causes, Risk Factors, and Their Association with Evolution and Severity of Ulcer. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 9, p. 3009, set. 2020. DOI: 10.3390/jcm9093009.

SAMPAIO, L.R. *et al.* Avaliação bioquímica do estado nutricional. In: SAMPAIO, L.R. (org.). Avaliação nutricional [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 49-72. Sala de aula collection. ISBN: 978-85-232-1874-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523218744.0005>.

SILVA D.E.S. *et al.* Nursing diagnosis “Terminality Syndrome”: a content analysis. **Rev Bras Enferm**. v.74, n.1, p.e20190808. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0808>. Acesso em: 24.04.2024.

SILVA G.P. Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade. 172 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/35141/1/DISSERTAÇÃO%20Gabrielle%20Pessôa%20da%20Silva.pdf> . Acesso em: 24. jun. 2022

SILVA, A.M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem na unidade de terapia intensiva: foco no problema e nos riscos. **Enferm Foco**, v.12, n.1, p.26-32. 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3506.

SILVIA, A.F; SILVA, J.P. Polypharmacy, automedication, and the use of potentially inappropriate medications: cause of intoxications in the elderly. **Rev Med Minas Gerais**, v.32, p. e-32101, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.2022e32101>

SMITH, M.J, LIEHR, P.R. Middle range theory for nursing diagnosis. **Hearth lung**. 1987; v.16, n.6, p.625-9

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SOUTO, M. *et al.* Elaboração de roteiro para o desenvolvimento de infográfico animado educacional sobre método canguru: um estudo metodológico. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 7, e128242, 2023. DOI: 10.54909/sp.v7i1.128242.

SOUZA, A.C. *et al.* Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.26, n.3, p.649-659, set.2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/v5hs6c54VrhmjvN7yGcYb7b/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 jul. 2022.

SOUZA, N.M.G. *et al.* Content validity of the nursing diagnostic Breathing Pattern, Ineffective, in children with congenital heart defects. **Rev Bras Enferm**. v.74, n. 4, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0844>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CbJNxCpf6nLsd5HCqC5Cdmx/?lang=en>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SOUZA, N.M.G. Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validade por experts de uma teoria de médio alcance [Dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará: 2017. 165p. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/29514/1/2017\\_dis\\_nmgsouza.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/29514/1/2017_dis_nmgsouza.pdf). Acesso em: 05 jul. 2022.

STILLWELL, S.B. et al. Evidence-Based Practice, Step by Step: Searching for the Evidence. **AJN, American Journal of Nursing**, v.110, n.5, p. 41–47. 2010. DOI: doi:10.1097/01.naj.0000372071.241. Disponível em: [https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/05000/Evidence\\_Based\\_Practice,\\_Step\\_by\\_Step\\_Searching.24.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/05000/Evidence_Based_Practice,_Step_by_Step_Searching.24.aspx). Acesso em: 28 set. 2022.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2.ed. - [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, R.A.P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, 2002 v.36, n.1, p.88-96.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pvGc5qBfkr8V9hspXmmKykj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2022.

TEIXEIRA, E. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais: volume 2. Porto Alegre: Moriá, 2020.

TORRES, H.C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 906-911. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600006>. Epub 12 Dez 2005. Acesso em: 11 Fev. 2024.

VICENTE, C. *et al.* Care for the person with oncological wound: permanent education in nursing mediated by educational technologies. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180483, ago. 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180483. Acesso em: 23 mai.2024

WADI, N. *et al.* Culturally tailored lifestyle interventions for the prevention and management of type 2 diabetes in adults of Black African ancestry: a systematic review of tailoring methods and their effectiveness. **Public health nutrition**, v. 25, n.2, p. 422-436, Fev.2022. DOI: 10.1017/S1368980021003682. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8883766/> Acesso em: 12 fev. 2024

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**. v.52, n.5, p.546-553. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 28 set. 2022.

WOOLLEY, N. Nursing diagnosis: exploring the factors which may influence the reasoning process. **J Adv. Nurs.**, v.15, n.1, p.110-7. 1990. DOI: doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01679.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01679.x?sid=nlm%3Apubmed>.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res**, v.25, n.5, p.508-518. 2003. DOI: 10.1177/0193945903252998. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945903252998?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=crpub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945903252998?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=crpub%20%20pubmed).

XUE, M. *et al.* Diabetes mellitus and risks of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of 144 prospective studies. **Ageing Res Rev**. v.55, p.100944. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100944>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568163719300157?via%3Dihub>.

YAMAMOTO, F.I. Manual de doenças cerebrovasculares. Universidade de São Paulo (USP). s.d. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/neurologia/disciplinas-regulares/manual-de-doencas-cerebrovasculares>

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Resource**, v.11, n.2, p. 49-54. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>. Disponível em: [https://eduimed.usm.my/EIMJ20191102/EIMJ20191102\\_06.pdf](https://eduimed.usm.my/EIMJ20191102/EIMJ20191102_06.pdf).

ZHOU, Z.Y. *et al.* HbA1c and Lower Extremity Amputation Risk in Patients With Diabetes: A Meta-Analysis. *International Journal of Low Extremity Wounds*, v. 14, n. 2, p. 168-177, jun. 2015. DOI: 10.1177/1534734615593190..

Zollinger, C.C. *et al.* Manual de cuidados intensivos em hepatologia / editores Paulo Lisboa Bittencourt... [et al.]. –Barueri, SP : Manole, 2014.Disponível em: [https://sbhepatologia.org.br/wpcontent/uploads/2017/10/Manual\\_Cuidados\\_Intensivos\\_em\\_hepatologia.pdf](https://sbhepatologia.org.br/wpcontent/uploads/2017/10/Manual_Cuidados_Intensivos_em_hepatologia.pdf)

## APENDICE

### APENDICE A – CRONOGRAMA

Ano	2022										2023										2024								
Etapa	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A
Pesquisa Bibliográfica																													
Elaboração Introdução																													
Elaboração Revisão de Literatura																													
Elaboração Metodologia																													
Defesa do Projeto																													
Submissão ao CEP																													
Coleta de Dados																													
Organização e análise dos dados																													
Qualificação																													
Discussão dos dados																													
Construção da Conclusão																													
Elaboração e submissão do artigo a revista																													
Defesa da dissertação																													

**APENDICE B - ORÇAMENTO**

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Papel A4	500 folhas	30,00
Cartucho para impressora	4	500,00
Serviços gráficos	X	500,00
Tradução de artigos	2	2.000,00
Taxa de submissão	2	4.000,00
Custos de revisão bibliográfica	2	1.500,00
Serviços estatísticos	2	1.500,00
<b>Total:</b>		<b>10.030</b>



## APENDICE C - CARTA CONVITE AOS *EXPERTS*

### CARTA CONVITE AOS *EXPERTS*

Prezado especialista, Eu, Letícia Mattos Gonçalves, Enfermeira, discente de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro - EEAN/UFRJ, estou desenvolvendo uma pesquisa na área de taxonomias de enfermagem, denominada "Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de padrão Glicêmico Desequilibrado", sob orientação do Prof. Dr. Rafael Oliveira Pitta Lopes.

Solicitamos a sua colaboração como expert nas áreas de interesse desse estudo - taxonomias de enfermagem, diagnóstico de enfermagem e diabetes mellitus. Sua contribuição consistirá na avaliação e julgamento do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, bem como de suas definições constitutivas e operacionais.

O instrumento de coleta, é composto por elementos elencados no diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, que encontra-se submetido ao *Diagnosis Development Committee* (DDC) do NANDA-I<sup>®</sup>, os fatores de risco, população de risco e condições associadas foram identificadas após uma revisão sistemática e da teoria de médio alcance Risco de padrão glicêmico desequilibrado, estes elaborados na tese intitulada "Teoria de médio alcance risco de padrão glicêmico desequilibrado em adultos e idosos com diabetes mellitus em tratamento" do Prof. Dr. Rafael Oliveira Pitta Lopes.

Diante disto, tal instrumento, o (a) Sr.(a) julgará a relevância dos elementos diagnósticos, assim como precisão de suas definições constitutivas e operacionais. Caso deseje participar deste estudo, solicitamos que responda este e-mail o mais breve possível, para o recebimento do material por via eletrônica (e-mail). Após aceite, enviaremos o formulário disponível através do link: <https://forms.gle/YBQ4XGMW5GKvcWvV8>, composto pelo termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o qual o consentimento será previamente apresentado e, caso, concorde em participar, será considerado anuência quando responder ao questionário/formulário, sendo liberado as instruções para preenchimento deste e o instrumento de coleta de dados propriamente dito. Caso a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, O(a) Sr.(a) queira solicitar a retirada do consentimento de utilização dos dados do participante da pesquisa. Nessas situações, o pesquisador responsável fica obrigado a enviar ao participante de pesquisa, a resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa retirar seu consentimento

O prazo estipulado para devolução do instrumento será de **20 dias**. Gostaríamos se possível, indicação de outros experts nas áreas correspondentes para contribuição ao estudo.

Aguardamos sua resposta, e desde já, agradecemos sua atenção e disponibilidade. Estou à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Letícia Mattos Gonçalves

## APENDICE D – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acesso ao modelo virtual: <https://forms.gle/YBQ4XGMW5GKvcWvV8>



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado” que tem como objetivos: Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Risco de padrão glicêmico desequilibrado” em indivíduos com diabetes mellitus; Identificar e extrair da Teoria do Risco de padrão glicêmico desequilibrado as definições operacionais dos fatores de risco, populações em risco e condições associadas; Verificar a opinião dos especialistas quanto a relevância dos componentes (etiqueta, definição, fatores de risco, populações em risco e condições associadas) do diagnóstico de enfermagem “Risco de padrão glicêmico desequilibrado”; Verificar a opinião dos especialistas quanto a clareza e a precisão das definições operacionais dos fatores de risco, populações em risco e condições associadas; e Analisar os conteúdos validados pelos experts à luz da teoria do Risco de Padrão Glicêmico desequilibrado.

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 3 meses, com o término previsto para março de 2023.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em autopreencher um Instrumento de coleta elaborado via *google forms* indexado no endereço eletrônico <https://forms.gle/YBQ4XGMW5GKvcWvV8>, composto por seis (6) seções: sendo a primeira seção composta pelo resumo do estudo, para análise do selecionado se o mesmo encontra-se de acordo com os critérios de elegibilidade, TCLE conforme preconizado pelo CEP institucional, resolução 466/2012 e ofício circular nº2/2021/CONEP/SECNS/MS, sendo ao término deste realizado o questionamento referente ao aceite, utilizando as alternativas : Li e concordo em participar da pesquisa e Não concordo em participar da pesquisa, caso aceite o selecionado será encaminhado para a próxima seção, caso recuse participar, será orientado a apenas fechar essa página no seu navegador; Quanto a seção dois (2) encontra-se referente a etapa de categorização dos especialistas

Rubrica do Participante: \_\_\_\_\_



de acordo com a classificação segundo Benner, Tanner e Chesla; As seções três (3) a cinco (5) refere-se ao instrumento de coleta de dados: validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de padrão glicêmico desequilibrado, sendo a seção três (3) composta pelas orientações de preenchimento, análise da etiqueta diagnóstica e dos fatores de risco, seção quatro (4) – análise da população de risco e seção cinco (5) – análise das condições associadas. Em relação a seção seis (6), esta corresponde aos agradecimentos e ao informe sobre o envio da cópia das respostas obtidas para o seu e-mail do participante, conforme estabelecido pelo ofício circular nº2/2021 - CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021. O participante tem o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. O instrumento de coleta de dados, é constituído por algumas perguntas obrigatórias, é direito do participante de não responder à pergunta. O participante terá seu direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada, sendo estas informações presentes no resumo do estudo apresentado no instrumento anteriormente ao TCLE e este só terá acesso às perguntas depois que tenha dado o seu consentimento. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de mínimos, visto que apesar de tratar-se de uma coleta de dados de natureza clínica, pode proporcionar um reencontro à lembranças desagradáveis relacionadas ao âmbito profissional ou pessoal e por se tratar de uma pesquisa realizada no meio virtual, poderá ocorrer vazamentos de dados, porém medidas para minimização desta ocorrência serão realizadas, como a realização de envio de e-mail individual, deste modo será enviado para apenas um (1) remetente e um (1) destinatário. Uma vez concluída a coleta de dados, a pesquisadora responsável, irá realizar o download dos dados coletados para um dispositivo local, e  
Rubrica do Participante: \_\_\_\_\_



será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, sob minha guarda e responsabilidade visando a proteção dos dados. A pesquisadora responsável encontra-se ciente sobre o conhecimento perante a política de privacidade da ferramenta *google forms* utilizada quanto a coleta de informações pessoais, mesmo que por meio de robôs e o risco de compartilhamento dessas informações com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços de maneira a assegurar os aspectos éticos. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. O pesquisador irá nas diferentes fases da pesquisa proporcionar assistência imediata, nos termos da assistência ao participante da pesquisa, bem como responsável pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos recorrentes da pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa visam promover reflexão e compartilhar conhecimentos perante a prática de enfermagem com relação ao diagnóstico de enfermagem risco do padrão glicêmico desequilibrado, e com isso proporcionar avanços científicos e aumento do nível de evidência do diagnóstico de enfermagem proposto perante a taxonomia a qual encontra-se em processo de inserção.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Sendo de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo digital, ao concluir a coleta de dados, o pesquisador responsável irá fazer o download dos dados coletados para um dispositivo local, e será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da

Rubrica do Participante: \_\_\_\_\_





será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, sob minha guarda e responsabilidade visando a proteção dos dados. A pesquisadora responsável encontra-se ciente sobre o conhecimento perante a política de privacidade da ferramenta *google forms* utilizada quanto a coleta de informações pessoais, mesmo que por meio de robôs e o risco de compartilhamento dessas informações com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços de maneira a assegurar os aspectos éticos. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa O pesquisador irá nas diferentes fases da pesquisa proporcionar assistência imediata, nos termos da assistência ao participante da pesquisa, bem como responsável pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos recorrentes da pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa visam promover reflexão e compartilhar conhecimentos perante a prática de enfermagem com relação ao diagnóstico de enfermagem risco do padrão glicêmico desequilibrado, e com isso proporcionar avanços científicos e aumento do nível de evidência do diagnóstico de enfermagem proposto perante a taxonomia a qual encontra-se em processo de inserção.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Sendo de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo digital, ao concluir a coleta de dados, o pesquisador responsável irá fazer o download dos dados coletados para um dispositivo local, e será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da

Rubrica do Participante: \_\_\_\_\_

## APENDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: CARACTERIZAÇÃO DOS EXPERTS

Acesso ao modelo virtual: <https://forms.gle/YBQ4XGMW5GKvcWvV8>

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARTE 2: CARACTERIZAÇÃO DOS EXPERTS

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Cidade em que trabalha: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Graduado ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Área de especialização: \_\_\_\_\_

Tema do trabalho de conclusão: ( ) DE ( ) Terminologias de Enfermagem ( ) DM  
( ) outros: \_\_\_\_\_

Área do Mestrado: \_\_\_\_\_

Tema da dissertação de Mestrado: ( ) DE ( ) Terminologias de Enfermagem ( ) DM ( ) outros:  
\_\_\_\_\_

Área do Doutorado: \_\_\_\_\_

Tema da tese de Doutorado: ( ) DE ( ) Terminologias de Enfermagem ( ) DM ( ) outros:  
\_\_\_\_\_

Tempo de formação profissional (anos completos): \_\_\_\_\_

Tempo de prática na área de diagnóstico de enfermagem e/ou Terminologias de Enfermagem e/ou diabetes mellitus (anos completos): \_\_\_\_\_

Por favor, responda as seguintes questões. Para as questões 1, 2, 3 e 4 pode assinalar mais de uma opção.

**1) Você já desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a), estudo na temática terminologias de Enfermagem na forma de:**

( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização ( ) Dissertação ( ) Tese ( )  
Artigos científicos ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Não desenvolveu

Se sim, qual (is) terminologia (s)? \_\_\_\_\_

**2) Você já desenvolveu ou está desenvolvendo, como orientador (a), estudo na temática Terminologias de Enfermagem na forma de:**

( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização ( ) Dissertação ( ) Tese ( )  
Artigos científicos ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Não desenvolveu

Se sim, qual (is) terminologia (s)? \_\_\_\_\_

**3) Você desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a), estudo na temática de diabetes mellitus na forma de:**

( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização ( ) Dissertação ( ) Tese ( )  
Artigos científicos ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Não desenvolveu

**4) Desenvolveu ou está desenvolvendo, como orientador (a), estudo na temática de diabetes mellitus na forma de:**

( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização ( ) Dissertação ( ) Tese ( )  
Artigos científicos ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Não desenvolveu

**5) Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a temática Terminologias de Enfermagem?**

( ) Sim ( ) Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto?: \_\_\_\_\_

Por quanto tempo participou ou participa do grupo/projeto? \_\_\_\_\_

Qual o local em que ocorre o grupo/projeto? \_\_\_\_\_

**6) Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a diabetes mellitus?**

( ) Sim ( ) Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto?: \_\_\_\_\_



Por quanto tempo participou ou participa do grupo/projeto? \_\_\_\_\_

Qual o local em que ocorre o grupo/projeto? \_\_\_\_\_

**7) No último ano, onde você exerceu suas atividades profissionais?**

Hospital  Unidade Básica de Saúde  Instituição de Ensino  Outro \_\_\_\_\_

**8) Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência)?**

Sim  Não

**9) Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (ensino)?**

Sim  Não

**10) Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos adultos com Diabetes mellitus ou utilizou o Diagnóstico de Enfermagem Risco de Padrão glicêmico desequilibrado?**

Sim  Não

Se sim, em qual local: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

**11) Já identificou o diagnóstico de enfermagem Risco de Padrão glicêmico desequilibrado em sua prática clínica?**

Nunca  Poucas vezes  Frequentemente

**12) Ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Diagnóstico de enfermagem?**

Sim  Não

**13) Ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática diabetes mellitus?**

Sim  Não

## APENDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO

Acesso ao modelo virtual: <https://forms.gle/YBQ4XGMW5GKvcWvV8>

**Instruções para preenchimento:** Objetivo consiste em avaliar as variáveis do diagnóstico: Risco de padrão glicêmico desequilibrado, a saber: etiqueta diagnóstica, definição do diagnóstico, fatores de risco, populações em risco e condições associadas.

Serão avaliados perante a relevância os componentes etiqueta diagnóstica, definição do diagnóstico, fatores de risco, populações em risco e condições associadas e quanto a clareza e precisão a análise de definições constitutivas e operacionais dos fatores de risco, populações em risco e condições associadas.

**Definição constitutiva:** é constituída em termos de conceitos, ou seja, realidades abstratas. Ela situa o construto exata e precisamente dentro do seu escopo teórico, caracterizando-o e atribuindo-lhe as dimensões que ele deve assumir no espaço semântico da teoria (Pasquali, 2010).

**Definição Operacional:** trata-se da forma como o termo ou variável foi caracterizado, verificado ou mensurado na prática, sendo assim termos de comportamentos físicos que refletem a expressão desse construto (Pasquali, 2010).

**Relevância:** é definido como a capacidade dos fatores de risco, condições associadas e populações de risco de apresentarem alguma causalidade com o diagnóstico proposto pelo estudo (Pasquali, 2010).

**Precisão:** consiste na capacidade de cada definição apresentar-se de forma diferente entre os componentes do diagnóstico, permitindo assim a caracterização típica do mesmo (Pasquali, 2010).

Para essa avaliação o instrumento utilizará de uma escala tipo likert com cinco opções de resposta, sendo: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo parcialmente, (3) Indiferente, (4) Concordo parcialmente e (5) Concordo totalmente. Cada um destes itens receberá uma pontuação respectivamente de 1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75 e 5=1. Ao final de cada item haverá

um campo aberto para acréscimo de sugestões conforme necessidade de cada participante. Em caso de dúvidas, perante o preenchimento deste, a pesquisadora, estará disponível via e-mail e pelo número do celular disponibilizados no TCLE.

<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> Risco de Padrão Glicêmico Desequilibrado	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
Sugestões:	
<b>Definição:</b> “susctibilidade a recorrentes amplitudes de flutuações no nível de glicose no sangue fora da faixa desejável, que ocorrem ao longo do dia e/ou em dias diferentes, com desvio padrão das medições de glicose abaixo de 50 mg/dL e/ou coeficiente de variação inferior a 36%” (Lopes <i>et al.</i> , 2022).	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
Sugestões:	
<b>Fatores de Risco</b>	
1. Estresse excessivo	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
Sugestões:	
<b>Definição Constitutiva:</b> Estado físico e psicológico provocado por diversos estímulos ou agentes agressores que levam o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio, gerando a incapacidade de desenvolver suas funções ou trabalhos habituais.	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
Sugestões:	
<b>Definição Operacional:</b> Obtenção de pontuação superior a 27 durante a aplicação da <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS), o qual a variação do escore é 0 - 40 e encontra-se associada Avaliação do estresse percebido. Onde a obtenção de 0 -13 refere ao baixo nível de estresse, 14 – 26 médio nível de estresse e 27 – 40 alto nível de estresse (Chan & La Greca, 2020).	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
Sugestões:	

2. Disfunção Cognitiva	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Função mental diminuída e ou intelectual diminuída/prejudicada sendo percebida com o comprometimento de memória, concentração, linguagem, compreensão e interação com a sociedade.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Avaliação da disfunção cognitiva realizada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), obtenção de pontuação menor ou igual a 24 pontos é considerado demência; em caso de menos de quatro (4) anos de escolaridade o ponto de corte altera-se para 17, ao invés de 24. Em casos de depressão não complicada: 25.1 pontos; e prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos (Mistério da saúde, 2006; Duncan, Schmidt, Giugliani, 2004).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
3. Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
Ingestão de uma quantidade excessiva de líquido com teor etílico.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Declara fazer uso regular de álcool (> 2 bebida/dia) ou consumo excessivo em dias esporádicos ou quando diagnosticado como alcoolista (Miguel, 2021; Diehl, 2011).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

4. Exercício físico diário excessivo	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Atividade física realizada todos os dias excedendo o que é permitido com intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde.	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Realização de exercícios físicos em quantidade ou intensidade além do recomendado e pactuado no plano terapêutico individual (Ministério da saúde, 2021).	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
5. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Cumprimento inadequado do tratamento prescrito, como não comparecimento/agendamento de consultas e/ou falha na adesão a medicação para a obtenção do resultado terapêutico desejado. Implicando na responsabilidade ativa compartilhada pelo paciente e os prestadores de cuidados de saúde.	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Cumprimento inadequado do tratamento prescrito, como não comparecimento/agendamento de consultas e/ou falha na adesão a medicação para a obtenção do resultado terapêutico desejado. Implicando na responsabilidade ativa compartilhada pelo paciente e os prestadores de cuidados de saúde.	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
6. Monitoramento inadequado da glicemia	

<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Avaliação inadequada em frequência ou regularidade dos níveis totais de glicose sanguínea laboratorial e/ou de forma independente do laboratório de análises clínicas pactuada pela equipe de saúde.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Realização do automonitoramento em frequência inferior de três a quatro vezes ao dia e/ou não realização dos exames laboratoriais na regularidade pactuada pela equipe de saúde para monitoramento da glicemia (Boas, Lima, Pace, 2014).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
7. Conhecimento inadequado do manejo da doença	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Corpo [constituído] por verdades ou fatos acumulados insuficiente perante o processo inteiro do tratamento, incluindo implicações de terapias apropriadas e inapropriadas e resultado clínico indesejado do manejo da doença	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Obtenção de alta pontuação durante a aplicação da escala <i>Insulin Management Diabetes Self-efficacy</i> (IMDSES) o qual a variação do score é 28-112 e Obtenção de baixa pontuação durante a aplicação da escala Questionário de atividades de autocuidado com diabetes (QDA), o qual a variação do score é zero (0) a sete (7) (Gastal, Pinheiro E Vasquez, 2007; França <i>et al.</i> , 2020).  Obtenção de pontuação inferior a 70 durante a aplicação da escala <i>Diabetes Mellitus Knowledge</i> (DKN-A), o qual a variação do score é 19-95 e encontra-se associada Avaliação do conhecimento e compreensão geral sobre a doença e a Obtenção de pontuação inferior a	

oito (8) durante a aplicação da escala <i>Diabetes Attitudes Questionnaires</i> (ATT-19), o qual a variação do escore é 0-15 e avalia as questões psicológicas e emocionais dos indivíduos frente às estratégias de aprendizagem (Torres <i>et al.</i> ,2005).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>8. Gestão inadequada da quantidade de alimentos</b>	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Consumo da quantidade de comida superior ou inferior ao recomendado no plano alimentar individualizado para a ingestão satisfatória de macronutrientes, micronutrientes ou calorias. O consumo superior ou inferior ao recomendado pode ocorrer em apenas uma refeição programada ou no consumo total programado para o dia.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Ingestão por porção de vegetais sem amido inferior a ½ do prato, Proteínas inferior a ¼ do prato, carboidratos inferiores a ¼ do prato, consumo de água ou bebida zero calorias (Havard, 2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>9. Regularidade inadequada do consumo de refeições</b>	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Frequência inadequada do consumo de alimentos e bebidas conforme horários estabelecidos no plano alimentar individualizado.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

<b>Definição Operacional:</b> Pular refeições ou exceder a frequência recomendada no plano alimentar individualizado (Ministério da saúde, 2008).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>10. Obesidade</b>	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se severamente acima dos padrões recomendados, regularmente associado ao acúmulo excessivo de gordura corporal, podendo os padrões variarem de acordo com a idade, sexo, fatores genéticos ou culturais.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Estado nutricional classificado como obesidade através da mensuração antropométrica resultando na presença do índice de massa corporal igual ou superior a 30 Kg/m <sup>2</sup> (Ministério da saúde, 2011).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>11. Sobrepeso</b>	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se acima dos padrões. O excesso de peso pode ou não estar relacionado ao aumento da gordura corporal, deste modo o excesso de peso não é igual a "excesso de gordura".	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	



<b>Definição Operacional:</b> Estado nutricional classificado como sobrepeso por verificação antropométrica resultante em índice de massa corporal igual ou superior a 25 e inferior a 30 Kg/m <sup>2</sup> (Mistério da saúde, 2011).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
12. Tabagismo	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Consumo de tabaco com o detrimento da saúde de uma pessoa ou de sua função social. Está incluída a dependência de tabaco.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Mensuração pode ser realizada pelos principais instrumentos: Obtenção de escore elevado durante a aplicação do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), o qual a variação do escore é 0-10, Quanto maior o escore total de Fagerström, mais intensa é a dependência física do paciente à nicotina (HEATHERTON et. al., 1991). Obtenção de escore elevado durante a aplicação do Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), o qual a variação do escore é 0-10, sendo 0-2 muito baixo, 3-4 baixo, 5 médio, 6-7 alto e 8-10 muito alto o nível de dependência a nicotina (POMERLEAU, MAJCHREZAK E POMERLEAU, 1989). Obtenção de escore elevado durante a aplicação do Heavy Smoking Index (HSI), o qual a variação do escore é 0-6, sendo 0-1 baixo, 2-4 médio e 5-6 alto nível de dependência a nicotina (Heatherton <i>et al.</i> , 1989).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
13. Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

<b>Definição Constitutiva:</b> Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se inferior ao esperado baseado na idade, sexo e altura.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Massa corporal inferior ao preconizado nas seguintes tabelas: Tabela de peso e altura por idade para meninas até dois (2) anos; Tabela de peso e altura por idade para meninos até dois (2) anos; Tabela de peso e altura por idade de três (3) a 18 anos. Índice de massa corporal inferior a 18,5 indicando déficit de massa corporal para indivíduos de 20 a 64 anos (Mistério da saúde, 2011).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

<b>População em Risco</b>	
<b>1. Idosos</b>	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Pessoas com 60 anos ou mais	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Pessoa com idade superior a 60 anos conforme pactuado no estatuto do idoso vigente no país de origem (Brasil, 2022).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>2. Indivíduos com vulnerabilidade social</b>	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

<b>Definição Constitutiva:</b> Indivíduo ou grupos de indivíduos que apresentam características sociais que levam ao comprometimento na tomada de decisão, afetando a capacidade de antecipar confrontar, reparar e recuperar-se de desastres naturais ou causado pelo homem.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Obtenção de pontuação superior a 0,4 no índice de vulnerabilidade social (IVS), é constituído por 16 indicadores organizados em três dimensões (Infraestrutura urbana, Capital humano e Renda e trabalho), a pontuação varia de 0 – 1, sendo 0 – 0,2 muito baixa, 0,2 – 0,3 baixa, 0,3 – 0,4 média, 0,4 – 0,5 alta e 0,5 – 1 muito alta (IPEA,s.d).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
3. Indivíduos com baixo nível educacional	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Individuo com nível de educacional igual ou inferior ao ensino fundamental	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Indivíduo com formação educacional inferior a duração de nove anos (Brasil, 2017).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
4. Indivíduos de ascendência africana	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

<b>Definição Constitutiva:</b> Indivíduo cuja origem ancestral corresponde a algum grupo étnico/racial oriundo do continente africano.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto a etnicidade, a autoidentificação como noção de pertencimento a um grupo étnico, marcadores genéticos e fenótipos identificadores de origens ancestrais do continente africano (Gomes, 2019).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
5. Indivíduos Indígenas	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Indivíduo cuja origem ancestral está em algum grupo que habitava um país ou uma região no momento que chegaram pessoas de diferentes culturas ou origens étnicas. O qual frequentemente mantém seus idiomas, cultura e crenças distintos.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto ao vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território, autodeclaração sobre ser índio; e Identificação do indivíduo por grupo étnico existente, conforme definição lastreada em critérios técnicos/científicos, e cujas características culturais sejam distintas daquelas presentes na sociedade não índia (FUNAI, 2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
6. Indivíduos com duração prolongada do diabetes	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente

	( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Indivíduos que vivem com uma Enfermidade caracterizada por grupo de desordem relacionado a hiperglicemia e intolerância a glucose por um longo período	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Indivíduos com diabetes por um período superior a 5 anos (RODAKI et. al., 2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
7. Indivíduos com hipoglicemia assintomática	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Indivíduo que apresenta nível anormalmente baixo de glicose sanguínea sem expressar nenhuma sintomatologia clínica.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Pessoa que realiza verificação laboratorial ou automonitoração da glicemia realizada através do glicômetro digital obtendo resultado inferior a 70 mg/dl sem presença de sintomatologia ou sintomas que indiquem hipoglicemia sendo estes: tremores no corpo, tontura e vertigem, suor frio, sensação de cabeça “leve”, sonolência, palidez, palpitação ou coração acelerado (taquicardia), náusea e êmese (Cobas <i>et al.</i> ,2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
8. Indivíduos com histórico de hipoglicemia	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Pessoa que apresenta episódios prévios de nível baixo de glicose sanguínea.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
Sugestões:	
<b>Definição Operacionais:</b> Pessoa que apresentou episódios anteriores com níveis de glicose inferior a 70mg/dl (BRASIL, 2020).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
9. Indivíduos experimentam período de jejum prolongado voluntariamente	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Indivíduos que vivenciam momentos de restrição de ingestão de alimentos de modo espontâneo	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Indivíduo que relata realizar período de restrição na ingestão de alimentos, não seguindo o plano alimentar individualizado (Fisberg, Marchioni e Colucci, 2009).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
10. Valores de glicemia limite inferior do normal no pré-operatório	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Nível baixo de glicose sanguínea no período antes da realização de um procedimento cirúrgico.	

<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Níveis de glicose inferior a 70mg/dl no período antes da realização de um procedimento cirúrgico (Fisberg, Marchioni e Colucci, 2009).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

<b>Condições Associadas</b>	
1. Hemoglobina glicada alterada	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Resultado não enzimático da reação entre a glucose e a hemoglobina A, marcador este que indica o índice médio do nível de açúcar ao longo da vida dos eritrócitos.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Exame laboratorial referente a Hemoglobina Glicada superior a 6.5% (48 mmol/mol), valor pactuado como referência (SBN, 2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
2. Avaliação do modelo homeostático alterado para pontuação de resistência à insulina	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Efetividade reduzida do organismo em controlar o nível de insulina. Havendo necessidade do uso de 200ui ou mais de insulina por dia para impedir hiperglicemia ou cetose.	

<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Obtenção de índices elevados do <i>Homeostasis Model Assessment for insulin resistance</i> (HOMA-IR) superior a 3,4. Expressando assim o grau que a resistência à insulina e função deficiente das células r (Wallace, Levy e Matthews, 2004).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
3. Doença Cardiovascular	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Espectro de enfermidades que compreende o sistema cardiovascular, incluindo coração, vasos sanguíneos ou pericárdio.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Hipertensão arterial sistêmica, síndromes coronarianas aguda, Infarto agudo do miocárdio, aterosclerose, arteriosclerose, Angina, Arritmias, Insuficiência cardíaca crônica, prolapso de valva mitral, regurgitação mitra/aórtica, estenose mitral/aórtica, miocardite, Pericardite, endocardite reumática, endocardite infecciosa, choque cardiogênico, tromboembolismo, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco e parada cardiorrespiratória (Précoma <i>et al.</i> ,2019).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
4. Distúrbios cerebrovascular	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Espectro de enfermidades que comprometem o fluxo sanguíneo no encéfalo, podendo abranger veias ou artérias no cérebro, cerebelo e tronco encefálico.	



<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) Ataque Isquêmico transitório (AIT), aneurisma cerebral e malformações arteriovenosas (Yamamoto, s.d).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
5. Diminuição do nível de albumina sérica	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Nível reduzido da Albumina no sangue sendo esta a proteína responsável pela manutenção da pressão osmótica coloidal e transporte de grandes moléculas.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Nível albumina sérica abaixo de 3,5 g/dl via exame laboratorial (Sampaio <i>et. al.</i> ,2012).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
6. Retinopatia diabética	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Enfermidade que afeta a retina, caracterizada por complicações microvasculares progressivas, proveniente da progressão do diabetes mellitus.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

<b>Definição Operacional:</b> A retinopatia diabética incluem microaneurismas, hemorragia intrarretiniana, exsudatos, edema e isquemia maculares neovascularização, hemorragia vítrea e descolamento da retina de tração, evidenciado através da realização de fundoscopia, retinografia colorida, angiofluoresceinografia e ou tomografia de coerência óptica (Nuha et. al.,2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
7. Aumento da morbidade	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Crescimento no grau de gravidade das comorbidades dos indivíduos ao longo do tempo.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) 4-5, moderado; 6-7: alto; > 8: muito alto. Este escore é combinado com a idade do indivíduo para a formação de um índice único. Deste modo, a cada década de idade acima de 40 anos é acrescido 1 ponto por década. (Ex. 50-59 anos 1 ponto; 60-69 anos 2 pontos; 70-79 anos 3 pontos). A pontuação obtida pela idade será acrescida na pontuação do ICC (Charlson <i>et al.</i> , 1987).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
8. Infecções	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Invasão do organismo hospedeiro por microrganismo ou suas toxinas ou por parasitas que podem originar condições patológicas ou enfermidades.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Elevação dos marcadores inflamatórios como Proteína C reativa (PCR) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS), hemograma alterado, exame de urina alterado, cultura de urina ou sangue positivos, dosagem de anticorpos alterados (Brasil,2014).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
9. Doenças renais	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Espectro de enfermidades que afetam o rim podendo este ser de origem pré-renal, intra-renal ou pós-renal ou de componentes de seus tecidos.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Doença renal crônica, nefrosclerose, síndrome nefrítica aguda, síndrome nefrótica, glomerulonefrite crônica, doença renal policística, câncer renal, Lesão renal aguda pré-renal, intrarenal e pós-renal (Riella, 2018).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
10. Doenças hepáticas	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Espectro de enfermidades que acometem as funções do fígado.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Ictérica hemolítica, obstrutiva e hepatocelular, Hiperbilirrubinemia hereditária, hipertensão portal, varizes esofagianas, cirrose hepática, encefalopatia e coma	

hepáticos, hepatite viral, insuficiência hepática fumante, câncer de fígado, abscessos hepáticos amebiano e piogênico (Zollinger, 2014).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
11. Transtorno mental	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Espectro de enfermidades psiquiátricas que se manifestam através de rupturas no processo de adaptação expressas primariamente por anormalidades de pensamento, sentimento e comportamento, produzindo sofrimento e prejuízo do funcionamento.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Transtornos do neurodesenvolvimento, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, Transtornos bipolar e Transtornos relacionados, Transtornos depressivos, Transtornos de ansiedade, Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, Transtornos relacionados a trauma e estressores, Transtornos dissociativos, Transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados, Transtornos alimentares, Transtornos da eliminação,, Transtornos do sono-vigília, disfunções sexuais, disforia de gênero, Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos, transtornos neurocognitivos, Transtornos de personalidade, Transtornos parafilicos, outros transtornos mentais, Transtornos do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos e outras condições que podem ser foco da atenção clínica (APA, 2014).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
12. Neoplasias	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

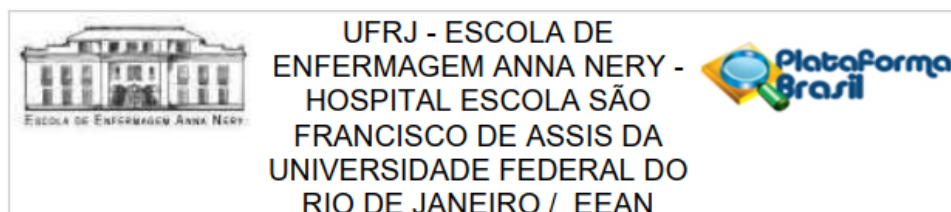
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Crescimento de tecido novo de modo anormal. As neoplasias malignas apresentam um maior grau de anaplasia e têm propriedades de invasão e de metástase quando comparadas às neoplasias benignas.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Câncer anal, câncer de bexiga, câncer de boca, câncer de colo do útero, câncer de corpo do útero, câncer de esôfago, câncer de estômago, câncer de fígado, câncer de intestino, câncer de laringe, leucemia, Linfoma de Hodgkin, Linfoma não Hodgkin, câncer de mama, câncer de ovário, câncer de pâncreas, câncer de pele melanoma, câncer de pele não melanoma, câncer de pênis, câncer de próstata, câncer de pulmão, câncer de sistema nervoso central, câncer de testículo, câncer de tireoide e tumor neuroendócrino (INCA, 2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
13. Neuropatia periférica	
<b>Relevância</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Lesão difusa, simétrica, distal e progressiva das fibras sensitivo-motoras e autonômicas, causadas pela hiperglicemia crônica e por fatores de risco cardiovasculares.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Diminuição da percepção da sensibilidade obtida através da realização de testes clínicos: 1. Função de fibra pequena: percepção de picada e sensação de temperatura; 2. Fibra larga: avalia extremidade inferior, reflexos, percepção vibratória (diapasão 128 hz) e monofilamento de 10g. 3. Sensação protetora: monofilamento de 10g (Rolim <i>et al.</i> , 2023).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente

	( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
14.Preparações farmacêuticas	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Drogas de uso humano, apresentadas em sua formulação final. Incluindo materiais utilizados na preparação e/ou na formulação final.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Relato do uso de medicações para controle de doenças ou distúrbios, tais como anti-hipertensivos, antidiabéticos, entre outros (Helou, 1989).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
15.Polifarmácia	
Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Administração de múltiplas drogas ao mesmo indivíduo, comumente em indivíduos idosos. Incluindo também a administração de medicação excessiva.	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (Silva e Silva, 2022).	
<b>Precisão</b>	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
16. Indivíduos com úlceras em membros inferiores	

Relevância	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Constitutiva:</b> Indivíduos que apresentam lesões em membros inferiores.	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	
<b>Definição Operacional:</b> Indivíduos que apresentam alterações cutâneas ao exame físico, usualmente acompanhadas de alterações vasculares, infecção ou perda da sensação (Brasil, 2002).	
Precisão	( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Indiferente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
<b>Sugestões:</b>	

## ANEXO

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO

**Pesquisador:** Rafael Oliveira Pitta Lopes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65270922.5.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.812.414

**Apresentação do Projeto:**

Parecer de atendimento as pendências conforme solicitação deste CEP pelo parecer de número 5.784.377 do dia 29 de novembro de 2022.

**Objetivo da Pesquisa:**

Ver parecer de número 5.784.377 do dia 29 de novembro de 2022.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Ver parecer de número 5.784.377 do dia 29 de novembro de 2022.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide pendência ou conclusões.

**Recomendações:**

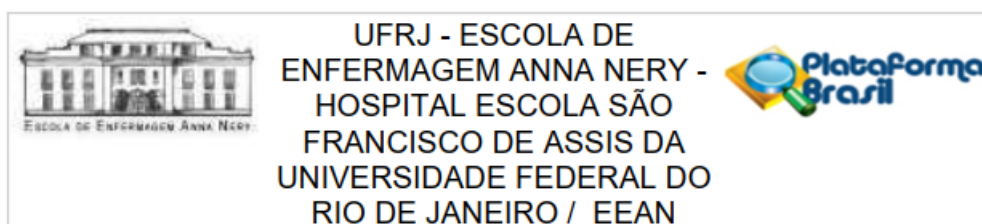
Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br





Continuação do Parecer: 5.812.414

- 1) Folha de Rosto: Adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado, solicitações foram atendidas.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado, solicitações foram atendidas.
- 5) Cronograma: Adequado.
- 6) Carta(s) de anuência (concordância, assinatura e carimbo): : Não se aplica
- 7) Instrumento de coleta de dados: Adequado, solicitações foram atendidas.
- 8) Termo de confidencialidade: Não se aplica
- 9) Termo de Assentimento Informado: Não se aplica

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP EEAN/HESFA. Observar aprovação nas instituições coparticipantes, se houver. Qualquer alteração no projeto deve ser comunicada aos CEP envolvidos, da mesma forma ocorrência de danos aos participantes oriundos da pesquisa. É obrigatória a apresentação de relatório parcial e final ao CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2051487.pdf	06/12/2022 13:41:42		Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPEEAN HESFA UFRJ.pdf	06/12/2022 13:39:29	LETICIA MATTOS GONCALVES	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5784377.pdf	06/12/2022 13:32:48	LETICIA MATTOS GONCALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_MODIFICADO.pdf	06/12/2022 13:31:09	LETICIA MATTOS GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MODELO_DE_TCLE_MODIFICADO.pdf	06/12/2022 13:30:43	LETICIA MATTOS GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/11/2022 18:09:24	LETICIA MATTOS GONCALVES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/11/2022 16:39:38	LETICIA MATTOS GONCALVES	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

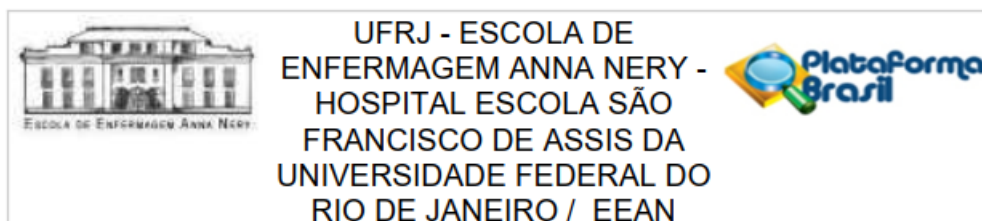
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.812.414

Cronograma	Cronograma.pdf	16/11/2022 16:38:47	LETICIA MATTOS GONCALVES	Aceito
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Dezembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Maria Angélica Peres**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeannesfa@eean.ufrj.br

## ANEXO B – DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DOS FATORES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO

Quadro 02: Definições constitutivas e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, 2023

Termo	Constitutiva	Operacionais
Estresse excessivo	Estresse excessivo de origem emocional ou psíquica provocadas por diversos estímulos ou agentes agressores que levam o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio, gerando a incapacidade de desenvolver suas funções ou trabalhos habituais.	Obtenção de pontuação superior a 27 durante a aplicação da <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS), o qual a variação do escore é 0 - 40 e encontra-se associada Avaliação do estresse percebido. Onde a obtenção de 0 -13 refere ao baixo nível de estresse, 14 – 26 médio nível de estresse e 27 – 40 alto nível de estresse (Chan & La Greca, 2020).
Disfunção cognitiva	Função mental diminuída e ou intelectual diminuída/prejudicada sendo percebida com o comprometimento de memória, concentração, linguagem, compreensão e interação com a sociedade	Avaliação da disfunção cognitiva realizada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), obtenção de pontuação menor ou igual a 24 pontos é considerado demência; em caso de menos de quatro (4) anos de escolaridade o ponto de corte altera-se para

		17, ao invés de 24. Em casos de depressão não complicada: 25.1 pontos; e prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos (Mistério da saúde, 2006; Duncan, Schmidt, Giugliani, 2004).
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	Ingestão de uma quantidade excessiva de líquido com teor etílico.	Declara fazer uso regular de álcool (> 2 bebida/dia) ou consumo excessivo em dias esporádicos ou quando diagnosticado como alcoolista (Miguel, 2021; Diehl, 2011).
Exercício físico diário excessivo	Atividade física realizada todos os dias excedendo o que é permitido com intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde	Realização de exercícios físicos em quantidade ou intensidade além do recomendado e pactuado no plano terapêutico individual (Ministério da saúde, 2021).
Acompanhamento inadequado do regime de tratamento	Cumprimento inadequado do tratamento prescrito, como não comparecimento/agendamento de consultas e/ou falha na adesão a medicação para a obtenção do resultado terapêutico desejado. Implicando na responsabilidade ativa compartilhada pelo paciente e os prestadores de cuidados de saúde.	Mensuração do cumprimento do tratamento através das escalas avaliativas Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Antidiabéticos Orais (MAT ADOs), Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Insulinoterapia (MAT insulina) (Boas, Lima, Pace, 2014). E a Escala de

		Avaliação da Alfabetização em Saúde quanto à adesão medicamentosa entre diabéticos (ASAM-D) e detecção de absenteísmo nas consultas multidisciplinares (Cardoso <i>et al.</i> , 2019).
Monitoramento inadequado da glicemia	Avaliação inadequada em frequência ou regularidade dos níveis totais de glicose sanguínea laboratorial e/ou de forma independente do laboratório de análises clínicas pactuada pela equipe de saúde	Realização do automonitoramento em frequência inferior de três a quatro vezes ao dia e/ou não realização dos exames laboratoriais na regularidade pactuada pela equipe de saúde para monitoramento da glicemia (Boas, Lima, Pace, 2014).
Conhecimento inadequado do manejo da doença	Corpo [constituído] por verdades ou fatos acumulados insuficiente perante o processo inteiro do tratamento, incluindo implicações de terapias apropriadas e inapropriadas e resultado clínico indesejado do manejo da doença	Obtenção de alta pontuação durante a aplicação da escala <i>Insulin Management Diabetes Self-efficacy</i> (IMDSES) o qual a variação do score é 28-112 e Obtenção de baixa pontuação durante a aplicação da escala Questionário de atividades de autocuidado com diabetes (QDA), o qual a variação do

		<p>escore é zero (0) a sete (7) (Gastal, Pinheiro E Vasquez, 2007; França <i>et al.</i>, 2020).</p> <p>Obtenção de pontuação inferior a 70 durante a aplicação da escala <i>Diabetes Mellitus Knowledge</i> (DKN-A), o qual a variação do escore é 19-95 e encontra-se associada Avaliação do conhecimento e compreensão geral sobre a doença e a Obtenção de pontuação inferior a oito (8) durante a aplicação da escala <i>Diabetes Attitudes Questionnaires</i> (ATT-19), o qual a variação do escore é 0-15 e avalia as questões psicológicas e emocionais dos indivíduos frente às estratégias de aprendizagem (Torres <i>et al.</i>,2005).</p>
<p>Gestão inadequada da quantidade de alimentos</p>	<p>Consumo da quantidade de comida superior ou inferior ao recomendado no plano alimentar individualizado para a ingestão satisfatória de macronutrientes, micronutrientes ou calorias. O consumo superior ou inferior ao recomendado pode</p>	<p>Ingestão por porção de vegetais sem amido inferior a ½ do prato, Proteínas inferior a ¼ do prato, carboidratos inferiores a ¼ do prato, consumo de água ou bebida zero calorias (Havard, 2023).</p>

	ocorrer em apenas uma refeição programada ou no consumo total programado para o dia.	
Regularidade inadequada do consumo de refeições	Frequência inadequada do consumo de alimentos e bebidas conforme horários estabelecidos no plano alimentar individualizado	Pular refeições ou exceder a frequência recomendada no plano alimentar individualizado (Ministério da saúde, 2008).
Obesidade	Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se severamente acima dos padrões recomendados, regularmente associado ao acúmulo excessivo de gordura corporal, podendo os padrões variarem de acordo com a idade, sexo, fatores genéticos ou culturais.	Estado nutricional classificado como obesidade através da mensuração antropométrica resultando na presença do índice de massa corporal igual ou superior a 30 Kg/m <sup>2</sup> (Ministério da saúde, 2011).
Sobrepeso	Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se acima dos padrões. O excesso de peso pode ou não estar relacionado ao aumento da gordura corporal, deste modo o excesso de peso não é igual a "excesso de gordura"	Estado nutricional classificado como sobrepeso por verificação antropométrica resultante em índice de massa corporal igual ou superior a 25 e inferior a 30 Kg/m <sup>2</sup> (Ministério da saúde, 2011).
Tabagismo	Consumo de tabaco com o detrimento da	Mensuração pode ser realizada pelos principais instrumentos: Obtenção de escore elevado durante a aplicação do Fagerström

	<p>saúde de uma pessoa ou de sua função social.</p> <p>Está incluída a dependência de tabaco.</p>	<p>Test for Nicotine Dependence (FTND), o qual a variação do score é 0-10, Quanto maior o score total de Fagerström, mais intensa é a dependência física do paciente à nicotina (Heatherton <i>et al.</i>, 1991).</p> <p>Obtenção de score elevado durante a aplicação do Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), o qual a variação do score é 0-10, sendo 0-2 muito baixo, 3-4 baixo, 5 médio, 6-7 alto e 8-10 muito alto o nível de dependência a nicotina (Pomerleau, Majchrezak e Pomerleau, 1989).</p> <p>Obtenção de score elevado durante a aplicação do Heavy Smoking Index (HSI), o qual a variação do score é 0-6, sendo 0-1 baixo, 2-4 médio e 5-6 alto nível de dependência a nicotina (Heatherton <i>et al.</i>, 1989).</p>
<p>Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo</p>	<p>Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se inferior ao esperado baseado na idade, sexo e altura.</p>	<p>Massa corporal inferior ao preconizado nas seguintes tabelas: Tabela de peso e altura por idade para meninas até dois (2) anos; Tabela</p>



		de peso e altura por idade para meninos até dois (2) anos; Tabela de peso e altura por idade de três (3) a 18 anos. Índice de massa corporal inferior a 18,5 indicando déficit de massa corporal para indivíduos de 20 a 64 anos (Ministério da Saúde, 2011).
--	--	---

FONTE: Elaborado pela autora, 2023

## ANEXO C - DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DAS POPULAÇÕES DE RISCO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO

Quadro 03: Definições constitutivas e operacionais das populações de risco do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, 2023

<b>Termo</b>	<b>Constitutiva</b>	<b>Operacionais</b>
Idosos	Pessoas com 60 anos ou mais	Pessoa com idade superior a 60 anos conforme pactuado no estatuto do idoso vigente no país de origem (Brasil, 2022).
Indivíduos com vulnerabilidade social	Indivíduo ou grupos de indivíduos que apresentam características sociais que levam ao comprometimento na tomada de decisão, afetando a capacidade de antecipar, confrontar, reparar e recuperar-se de desastres naturais ou causado pelo homem.	Obtenção de pontuação superior a 0,4 no índice de vulnerabilidade social (IVS), é constituído por 16 indicadores organizados em três dimensões (Infraestrutura urbana, Capital humano e Renda e trabalho), a pontuação varia de 0 – 1, sendo 0 – 0,2 muito baixa, 0,2 – 0,3 baixa, 0,3 – 0,4 média, 0,4 – 0,5 alta e 0,5 – 1 muito alta (IPEA,s.d).
Indivíduos com baixo nível educacional	Indivíduo com nível de educacional igual ou inferior ao ensino fundamental	Indivíduo com formação educacional inferior a duração de nove anos (Brasil, 2017).

<p>Indivíduos de ascendência africana</p>	<p>Indivíduo cuja origem ancestral corresponde a algum grupo étnico/racial oriundo do continente africano</p>	<p>Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto a etnicidade, a autoidentificação como noção de pertencimento a um grupo étnico, marcadores genéticos e fenótipos identificadores de origens ancestrais do continente africano (Gomes, 2019).</p>
<p>Indivíduos Indígenas</p>	<p>Indivíduo cuja origem ancestral está em algum grupo que habitava um país ou uma região no momento que chegaram pessoas de diferentes culturas ou origens étnicas. O qual frequentemente mantem seus idiomas, cultura e crenças distintos.</p>	<p>Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto ao vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território, autodeclaração sobre ser índio; e Identificação do indivíduo por grupo étnico existente, conforme definição lastreada em critérios técnicos/científicos, e cujas características culturais sejam distintas</p>

		daquelas presentes na sociedade não índia (FUNAI, 2023).
Indivíduos com duração prolongada do diabetes	Indivíduos que vivem com uma Enfermidade caracterizada por grupo de desordem relacionado a hiperglicemia e intolerância a glucose por um longo período.	Indivíduos com diabetes por um período superior a 5 anos (Rodacki <i>et al.</i> , 2023).
Indivíduos com hipoglicemia assintomática	Indivíduo que apresenta nível anormalmente baixo de glicose sanguínea sem expressar nenhuma sintomatologia clínica	Pessoa que realiza verificação laboratorial ou automonitoração da glicemia realizada através do glicômetro digital obtendo resultado inferior a 70 mg/dl sem presença de sintomatologia ou sintomas que indiquem hipoglicemia sendo estes: tremores no corpo, tontura e vertigem, suor frio, sensação de cabeça “leve”, sonolência, palidez, palpitação ou coração acelerado (taquicardia), náusea e êmese (Cobas <i>et al.</i> ,2023).
Indivíduos com histórico de hipoglicemia	Pessoa que apresenta episódios prévios de nível baixo de glucose sanguínea	Pessoa que apresentou episódios anteriores com níveis de glicose inferior a 70mg/dl (Brasil, 2020).

Indivíduos experimentam período de jejum prolongado voluntariamente	Indivíduos que vivenciam momentos de restrição de ingestão de alimentos de modo espontâneo	Indivíduo que relata realizar período de restrição na ingestão de alimentos, não seguindo o plano alimentar individualizado (Fisberg, Marchioni e Colucci, 2009).
Valores de glicemia limite inferior do normal no pré-operatório	Nível baixo de glicose sanguínea no período antes da realização de um procedimento cirúrgico	Níveis de glicose inferior a 70mg/dl no período antes da realização de um procedimento cirúrgico (Fisberg, Marchioni e Colucci, 2009).

FONTE: Elaborado pela autora, 2023

## ANEXO D - DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PADRÃO GLICÊMICO DESEQUILIBRADO

Quadro 04: Definições constitutivas e operacionais das condições associadas do diagnóstico de enfermagem risco de padrão glicêmico desequilibrado, 2023

Termo	Constitutiva	Operacionais
Hemoglobina glicada alterada	Resultado não enzimático da reação entre a glucose e a hemoglobina A, marcador este que indica o índice médio do nível de açúcar ao longo da vida dos eritrócitos.	Exame laboratorial referente a Hemoglobina Glicada superior a 6.5% (48 mmol/mol), valor pactuado como referência (ADA, 2023).
Avaliação do modelo homeostático alterado para pontuação de resistência à insulina	Efetividade reduzida do organismo em controlar o nível de insulina. Havendo necessidade do uso de 200ui ou mais de insulina por dia para impedir hiperglicemia ou cetose.	Obtenção de índices elevados do <i>Homeostasis Model Assessment for insulin resistance</i> (HOMA-IR) superior a 3,4. Expressando assim o grau que a resistência à insulina e função deficiente das células $\beta$ (Wallace, Levy e Matthews, 2004).
Doença cardiovascular	Espectro de enfermidades que compreende o sistema cardiovascular, incluindo coração, vasos sanguíneos ou pericárdio.	Hipertensão arterial sistêmica, síndromes coronarianas aguda, Infarto agudo do miocárdio, aterosclerose, arteriosclerose, Angina, Arritmias, Insuficiência cardíaca crônica, prolapso de valva mitral,

		regurgitação mitra/aórtica, estenose mitral/aórtica, miocardite, Pericardite, endocardite reumática, endocardite infecciosa, choque cardiogênico, tromboembolismo, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco e parada cardiorrespiratória (Précoma <i>et al.</i> ,2019).
Distúrbios cerebrovascular	Espectro de enfermidades que comprometem o fluxo sanguíneo no encéfalo, podendo abranger veias ou artérias no cérebro, cerebelo e tronco encefálico.	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) Ataque Isquêmico transitório (AIT), aneurisma cerebral e malformações arteriovenosas (Yamamoto, s.d)
Diminuição do nível de albumina sérica	Nível reduzido da Albumina no sangue sendo esta a proteína responsável pela manutenção da pressão osmótica coloidal e transporte de grandes moléculas.	Nível albumina sérica abaixo de 3,5 g/dl via exame laboratorial (Sampaio <i>et al.</i> ,2012).
Retinopatia diabética	Enfermidade que afeta a retina, caracterizada por complicações microvasculares progressivas, proveniente da progressão do diabetes mellitus.	A retinopatia diabética incluem microaneurismas, hemorragia intrarretiniana, exsudatos, edema e isquemia maculares neovascularização, hemorragia vítrea e

		descolamento da retina de tração, evidenciado através da realização de fundoscopia, retinografia colorida, angiofluoresceinografia e ou tomografia de coerência óptica (Nuha <i>et al.</i> ,2023).
Aumento da morbidade	Crescimento no grau de gravidade das comorbidades dos indivíduos ao longo do tempo.	O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) 4-5, moderado; 6-7: alto; > 8: muito alto. Este score é combinado com a idade do indivíduo para a formação de um índice único. Deste modo, a cada década de idade acima de 40 anos é acrescido 1 ponto por década. (Ex. 50-59 anos 1 ponto; 60-69 anos 2 pontos; 70-79 anos 3 pontos). A pontuação obtida pela idade será acrescida na pontuação do ICC (Charlson <i>et al.</i> , 1987).
Infecções	Invasão do organismo hospedeiro por microrganismo ou suas toxinas ou por parasitas que podem originar condições patológicas ou enfermidades.	Elevação dos marcadores inflamatórios como Proteína C reativa (PCR) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS), hemograma alterado, exame de urina alterado, cultura de



		urina ou sangue positivos, dosagem de anticorpos alterados (Brasil,2014)
Doenças renais	Espectro de enfermidades que afetam o rim podendo este ser de origem pré-renal, intra-renal ou pós-renal ou de componentes de seus tecidos	Doença renal crônica, nefrosclerose, síndrome nefrítica aguda, síndrome nefrótica, glomerulonefrite crônica, doença renal policística, câncer renal, Lesão renal aguda pré-renal, intrarenal e pós-renal (Riella, 2018).
Doenças hepáticas	Espectro de enfermidades que acometem as funções do fígado.	Ictérica hemolítica, obstrutiva e hepatocelular, Hiperbilirrubinemia hereditária, hipertensão portal, varizes esofagianas, cirrose hepática, encefalopatia e coma hepáticos, hepatite viral, insuficiência hepática fumante, câncer de fígado, abscessos hepáticos amebiano e piogênico (Zollinger, 2014).
Transtorno mental	Espectro de enfermidades psiquiátricas que se manifestam através de rupturas no processo de adaptação expressas primariamente por anormalidades de pensamento, sentimento e	Transtornos do neurodesenvolvimento, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, Transtornos bipolar e Transtornos relacionados, Transtornos depressivos, Transtornos de ansiedade,

	comportamento, produzindo sofrimento e prejuízo do funcionamento.	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, Transtornos relacionados a trauma e estressores, Transtornos dissociativos, Transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados, Transtornos alimentares, Transtornos da eliminação,, Transtornos do sono-vigília, disfunções sexuais, disforia de gênero, Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos, transtornos neurocognitivos, Transtornos de personalidade, Transtornos parafílicos, outros transtornos mentais, Transtornos do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos e outras condições que podem ser foco da atenção clínica (APA, 2014).
Neoplasias	Crescimento de tecido novo de modo anormal. As neoplasias malignas apresentam um maior grau de anaplasia e têm	Câncer anal, câncer de bexiga, câncer de boca, câncer de colo do útero, câncer de corpo do útero, câncer de esôfago, câncer de

	<p>propriedades de invasão e de metástase quando comparadas às neoplasias benignas.</p>	<p>estomago, câncer de fígado, câncer de intestino, câncer de laringe, leucemia, Linfoma de Hodgkin, Linfoma não Hodgkin, câncer de mama, câncer de ovário, câncer de pâncreas, câncer de pele melanoma, câncer de pele não melanoma, câncer de pênis, câncer de próstata, câncer de pulmão, câncer de sistema nervoso central, câncer de testículo, câncer de tireoide e tumor neuroendócrino (INCA, 2023).</p>
<p>Neuropatia periférica</p>	<p>Lesão difusa, simétrica, distal e progressiva das fibras sensitivo-motoras e autonômicas, causadas pela hiperglicemia crônica e por fatores de risco cardiovasculares.</p>	<p>Diminuição da percepção da sensibilidade obtida através da realização de testes clínicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Função de fibra pequena: percepção de picada e sensação de temperatura;</li> <li>3. Fibra larga: avalia extremidade inferior, reflexos, percepção vibratória (diapasão 128 hz) e monofilamento de 10g.</li> </ol> <p>3. Sensação protetora: monofilamento de 10g (Rolim et,al., 2023).</p>

Preparações farmacêuticas	Drogas de uso humano, apresentadas em sua formulação final. Incluindo materiais utilizados na preparação e/ou na formulação final.	Relato do uso de medicações para controle de doenças ou distúrbios, tais como anti-hipertensivos, antidiabéticos, entre outros (Helou, 1989).
Polifarmácia	Administração de múltiplas drogas ao mesmo indivíduo, comumente em indivíduos idosos. Incluindo também a administração de medicação excessiva.	Uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (Silva e Silva, 2022).
Indivíduos com úlceras em membros inferiores	Indivíduos que apresentam lesões em membros inferiores	Indivíduos que apresentam alterações cutâneas ao exame físico, usualmente acompanhadas de alterações vasculares, infecção ou perda da sensação (Brasil. 2002).

FONTE: Elaborado pela autora, 2023

## ANEXO E - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A ETIQUETA E DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA

Quadro 05: Sugestões dos *experts* perante a etiqueta e definição diagnóstica

Etiqueta diagnóstica	Sugestões
E21	A maior dificuldade para adesão é a família participar, e as condições econômicas. Além do nível cognitivo de compreensão.
E22	Ao invés de desequilibrado colocar instável.
E41	Risco de Glicemia Desequilibrada.
E46	Padrão glicêmico não é um termo utilizado com frequência na prática assistencial; Talvez Risco de Glicemia Desequilibrada fosse mais compatível e aplicável, pois consideraria não necessariamente o "padrão" que a pessoa tenha, mas sim, a tendência a apresentar as anormalidades de forma aguda, o que, clinicamente, tende a ser mais relevante.
E50	Gostaria de saber o porquê desenvolver um diagnóstico de enfermagem tão parecido com o que a NANDA-I já possui "Risco de glicemia instável"?
E51	Risco de glicemia instável.
<b>Resposta:</b>	<p>A etiqueta diagnóstica refere-se a vulnerabilidade para o desequilíbrio do constructo padrão glicêmico. O padrão glicêmico representa o grau de dispersão de um conjunto de medições da glicemia em diferentes momentos do dia e dias subsequentes. Portanto, o objeto de avaliação diagnóstica produz uma conclusão de acompanhamento temporal das glicemias. Apesar de reconhecer a importância clínica sobre a vulnerabilidade do surgimento da hipo/hiperglicemia (medições isoladas), estas não são objeto de intervenção independente de enfermagem. Descaracterizando, portanto, um possível diagnóstico de enfermagem de risco.</p> <p>O julgamento desequilibrado foi selecionado por representar a falta de proporção ou de relação entre coisas</p>

	<p>correspondentes estabelecidos (HERDMAN, KAMITISURU, LOPES, 2021).</p> <p>O padrão glicêmico possui uma medida de variância correspondente (menor ou igual a 36% ou desvio padrão inferior a 50mg/dl), portanto torna-se desequilibrado quando não possui proporção a estas medidas correspondentes. Já o julgamento instável refere-se a propensão de mudar fracassar ou desistir; sem estabilidade; com propensão à problemas psiquiátricos ou a mudanças repentinas de humor (Herdman, Kamitisuru, Lopes, 2021).</p>
<b>Definição</b>	<b>Sugestões</b>
E7	Embora a definição esteja clara, acredito que poderia ser apresentada de forma mais simples para facilitar a compreensão pelo enfermeiro que avalia a presença deste diagnóstico no indivíduo. Penso se o enfermeiro assistencial conseguiria entender facilmente se o seu paciente apresenta um "coeficiente de variação <36%".
E8	Sugiro retirar a palavra "amplitudes", deixando "susceptibilidade a recorrentes flutuações no nível de glicose...".
E13	Sugiro incluir os pacientes classificados em nível 1 (alerta para hipoglicemia), uma vez que não identificados, podem clinicamente evoluírem para condições mais severas e deterioração clínica.
E26	A referência citada não leva ao artigo, sugiro deixar mais acessível. Quanto ao padrão glicêmico desequilibrado, não fica clara a flutuação para valores altos, apenas baixos.
E27	"Susceptibilidade a flutuações no nível de glicose sanguínea fora da faixa desejável, ocorrendo ao longo do dia e/ou em dias diferentes, com desvio padrão das medições de glicose abaixo de 50 mg/dL e/ou coeficiente de variação inferior a 36%".
E28	Especificar qual a faixa desejável (em valores mg/dL).
E29	Penso que colocar valores de base ficaria mais claro. Ex: inferior a tal valor ou maior que tal valor. A questão do desvio padrão abaixo

	de 50mg/Dl sendo ele único como indicador pode gerar uma interpretação mais difícil.
E32	Para melhor compreensão acerca da definição do DE, sugiro: "suscetibilidade a recorrentes variações no nível de glicose no sangue fora da faixa desejável, que ocorrem ao longo do dia e/ou em dias diferentes".
E36	Além da limite inferior, seria possível introduzir na definição o limite superior de glicose ?.
E44	Segundo a SBD (2019) "Valores maiores que 36% estão associados a maior risco de hipoglicemia e maior 'variabilidade glicêmica". Então o padrão glicêmico desequilibrado ocorreria quando o coeficiente de variação fosse maior que 36%.
E46	O DE em si fala sobre desequilíbrio, sem apontar para hipo ou hiperglicemia; a definição considera, apenas, a hipoglicemia que, clinicamente é mais grave, porém não coaduna com a definição da etiqueta; penso que o desvio-padrão para a hipoglicemia poderia ser menor, principalmente, próximo a faixa que define intervenção; penso que o contexto da aplicabilidade do diagnóstico deveria ser considerado para se ponderar os fatores e população tem risco.
E47	Sugiro acrescentar o mínimo de avaliações necessárias para ser considerado recorrente. Um paciente que tem sua avaliação feita várias vezes ao dia tem mais chance de ter o DE quando comparado àquele que avalia ocasionalmente. Penso ser interessante acrescentar o número mínimo de avaliações com amplitudes de flutuação detectada, bem como a janela de avaliação.
E49	<i>Blood glucose level</i> pode ser traduzido por glicemia. Sugiro substituir "glicose no sangue" por glicemia. Faixa desejável também pode ser substituído por faixa alvo ou meta terapêutica.
E50	Sugiro acrescentar os valores acima da normalidade e não somente abaixo.
<b>Resposta:</b>	A partir das sugestões, foi proposta a seguinte definição: "Suscetibilidade ao surgimento do coeficiente de variação superior

	a 36% ou desvio padrão superior a 50 mg/dl das medidas no nível de glicose do sangue verificadas em um período”.
--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2023



## ANEXO F – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A RELEVÂNCIA DOS FATORES DE RISCO DO DE RPGD

Quadro 06: Sugestões dos *experts* perante a relevância dos fatores de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

Fatores de Risco Relevância	Sugestões
Estresse excessivo	
E15	Concordo que estresse seja um fator de risco de alteração da glicemia, mas a quantificação em excessivo acaba sendo subjetiva. Sugiro que seja redigido como: vivência de situação que causa estresse.
E21	Tem pessoas que não compreende a importância.
E46	Apresentar definição para a medida do estresse; penso que este item se aplica mais a hiper que a hipoglicemia.
<b>Resposta:</b>	Manter o proposto
1. Disfunção Cognitiva	
E25	Acho que não contribui para a identificação do DE.
E27	Confusão aguda como consta na própria NANDA-I® talvez funcione melhor.
E28	Entendo a disfunção cognitiva como parte de populações em risco mas não considero como um fator de risco.
E38	Acredito que esse fator deve ser transferido para populações em risco por se tratar de características que não são modificadas pelo profissional enfermeiro.
E46	Se associado a hipoglicemia é válida.
<b>Resposta</b>	Segundo NANDA-I® a disfunção cognitiva é considerada fator de risco por possuir intervenções independentes de enfermagem. Deste modo, foi mantido o proposto.
2. Consumo excessivo de álcool	
E1	Acredito que seja válido recorrer a literatura sobre a relação aquém da definição operacional com o risco de padrões glicêmicos desequilibrados. Talvez, o simples consumo de álcool habitual, uma

	ou duas vezes por semana, mesmo que dentro da quantidade regular, já seja o suficiente para o risco. Logo, analisaria a permanência ou troca da palavra “excessivo”.
E21	Nem toda população consome álcool
E35	Abuso de álcool
E46	Deve ser considerado o contexto agudo ou crônico deste consumo.
<b>Resposta:</b>	Manter o proposto.
<b>3. Exercício físico diário excessivo</b>	
E4	É difícil imaginar uma pessoa comum, fazendo exercício além do adequado.
E6	Esse item penso que não é tão adequado devido a dificuldade de julgar o que é excessivo, de forma a generalizar. Posso considerar que o exercício físico de um atleta é excessivo para mim, mas para ele não é .
E22	Exercício físico excessivo - podendo ser diário ou não - por exemplo a pessoa pode realizar um exercício intenso e apresentar o DE.
E29	Não sei se caberia, visto que ele se torna excessivo e pode gerar um desequilíbrio dos níveis glicêmicos se não tiver uma dieta adequada para suprir os exercícios.
E44	Pela definição operacional sugiro modificar o nome do fator de risco para "Esforço físico excessivo"
E46	Isso pode ter relevância se associado ao jejum ou baixa ingestão calórica.
<b>Resposta:</b>	Manter o proposto.
<b>4. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento</b>	
E6	Substituiria por "cumprimento inadequado do regime de tratamento".
E8	Sugiro "regime terapêutico".
E15	A palavra acompanhamento me faz pensar no seguimento instituído pelo profissional, e não pela pessoa com DM. Sugiro trocar o termo acompanhamento por adesão.

E21	A família tem que reciclar os cuidados em períodos seguidos, além de ser incentivada.
E28	Definir sobre qual tratamento está se referindo. Tratamento medicamentoso?.
E46	Forma pela qual isso será medido; se aplica mais a um contexto crônico.
E49	“Penso que a palavra "regime" é descartável. Tratamento também é uma palavra atualmente criticada. (Dickson, 2017; Speight, 2021) Minha sugestão: Acompanhamento inadequado do manejo do Diabetes / manejo da condição. ou gerenciamento...”
<b>Resposta</b>	O fator de risco versa sobre seguir o acompanhamento do tratamento por profissionais da saúde, conforme exposto no estudo primário (referenciar). Para atender as adequações de termos das taxonomias, o fator de risco permanecerá Acompanhamento inadequado do regime de tratamento, entretanto ajustes serão realizados na definição constitutiva e operacional.
5. Monitoramento inadequado da glicemia	
E28	Monitoramento ou automonitoração?
E46	Depende de contexto ao qual o DE será considerado.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações de termos das taxonomias, o fator de risco permanecerá: Monitoramento inadequado da glicemia
6. Conhecimento inadequado do manejo da doença	
E46	Depende de contexto ao qual o DE será considerado.
E48	Poderia dividir em manejo farmacológico e não farmacológico?
E49	“Trocar doença por "condição crônica" ou "Diabetes". O termo condição ou condição crônica evita estigmas e é mais recomendado atualmente.”
<b>Resposta</b>	As evidências recuperadas do estudo primário não suportam a divisão do manejo em farmacológico e não farmacológico.
7. Gestão inadequada da quantidade de alimentos	
E6	Substituir "alimentos" por "nutrientes" tendo em vista a definição operacional usada.
E15	Sugiro incluir a palavra 'ingeridos'

E18	Gestão implica em uma capacidade de gerência pessoal, em caso de crianças ou pessoas com algumas limitações isso pode não acontecer. Penso que seja mais apropriado "Consumo inadequado da quantidade de alimentos"
E27	Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos.
E30	Ingestão
E46	Definição de inadequada e se potencializada por uso de hipoglicemiantes.
E49	“É gestão mesmo ou ingestão?”
<b>Respostas</b>	As evidências recuperadas do estudo primário versam sobre alimentos e não sobre nutrientes.  Para atender as adequações de termos das taxonomias, o fator de risco alterado para: Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos
<b>8. Regularidade inadequada do consumo de refeições</b>	
E7	Talvez: consumo de refeições de modo irregular
E21	Problemas econômicos acaba com controle alimentar
E22	Consumo inadequado das refeições ou Irregularidade no consumo das refeições.
E46	Definição se potencializada por uso de hipoglicemiantes.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações de termos das taxonomias, o fator de risco permanecerá: Regularidade inadequada do consumo de refeições
<b>9. Obesidade</b>	
E28	O sobrepeso ou o ganho de peso excessivo não são fatores relacionados para esse diagnóstico? Somente a obesidade?
E46	Somente se considerar hiperglicemia também.
<b>Resposta</b>	Mantido nomenclatura do fator de risco: Obesidade.
<b>10. Sobrepeso</b>	
E28	Não poderia unir a obesidade e descrever como Ganho de peso excessivo?
E46	Somente se considerar hiperglicemia também.

<b>Resposta</b>	Obesidade e sobrepeso são fenômenos diferentes. Mantido nomenclatura do fator de risco: Sobrepeso.
13. Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo	
E18	Geralmente estar abaixo do peso ideal não causa distúrbios glicêmicos, talvez tenha mais relação com a desnutrição que com estar abaixo do peso ideal. Por isso, penso que a desnutrição seja mais apropriada como um fator de risco.
E24	sugiro trocar o item 13 por "baixo peso"
E28	Talvez a obesidade e sobrepeso possam ser unidos em um único fator relacionado denominado "Peso corporal acima da faixa de peso ideal para idade e sexo", assim fica em oposição a este fator relacionado.
E35	Baixo peso
E38	Já que trouxe nos itens acima "obesidade" e "sobrepeso", acredito que o termo "baixo peso" fique mais adequado e padronizado.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações de termos das taxonomias, o fator de risco permanecerá: Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo.

Fonte: elaborado pela autora, 2023

## ANEXO G - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS DOS FATORES DE RISCO DO DE RPGD

Quadro 07: Sugestões dos *experts* perante a precisão das definições constitutivas dos fatores de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

<b>Fatores de Risco Definição Constitutiva Precisão</b>	<b>Sugestões</b>
<b>1. Estresse excessivo</b>	
E6	“Trocara a palavra "diversos" por "diferentes" ou "variados" estímulos, pois diversos traz a ideia de acúmulo de mais de um estímulo, sendo que as vezes só um agente específico já é fator para um estresse excessivo.”
E8	“Sugiro: Estado físico e psicológico provocado MULTIFATORIAL que leva o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio, gerando a incapacidade de desenvolver suas funções ou trabalhos habituais.”
E15	“Sugiro trocar "gerando a incapacidade" para 'gerando a incapacidade ou limitação...”
E29	“quais são os estímulos? (físicos, ambientais, emocionais)”
E46	“A definição apresenta muitas subjetividades; os estímulos e agressores deveriam ser medidos e o nível de tensão classificado.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações de termos das taxonomias, a definição constitutiva alterado para:  Tensão excessiva de origem emocional ou psíquica provocadas por variados estímulos ou agentes agressores que levam o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio, gerando a incapacidade ou limitação de desenvolver suas funções ou trabalhos habituais.
<b>2. Disfunção Cognitiva</b>	
E8	“Sugiro troca de "interação com a sociedade" por "interação” social”.

E29	“Colocar: que possam interferir na automonitorização dos níveis glicêmicos ou percepção de sinais e sintomas de desequilíbrio glicêmico”
E28	“Acredito que esse fator deve ser transferido para populações em risco por se tratar de características que não são modificadas pelo profissional enfermeiro.”
E46	“Penso que a palavra "aguda" precise estar presente ao se considerar avaliação neurológica;”
E48	“Há muitos indicadores na definição - ou seja muito ampla”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutiva permanecerá: Função mental diminuída e ou intelectual diminuída/prejudicada sendo percebida com o comprometimento de memória, concentração, linguagem, compreensão e interação com a sociedade.
<b>3. Consumo excessivo de álcool</b>	
E10	“Deve-se estabelecer a quantidade de bebida alcoólica ou características que norteiam comportamento de uso excessivo de bebida alcoólica.”
E15	“Sugiro: ingestão de quantidade ou frequência excessivas de bebida alcoólica”
E28	“Essa ingestão excessiva é em um único evento ou em períodos regulares?? Incluir nesta definição constitutiva que essa ingestão ocasiona prejuízos físicos, mentais e sociais ao indivíduo.”
E30	“Poderia inserir o valor preconizado de doses para esse consumo excessivo”
E39	“Acredito que poderia deixar mais robusto esta definição, de modo a evidenciar ao leitor o que seria considerado “quantidade excessiva”... seria a unidade de álcool preconizada pela OMS? Seriam os sinais (efeitos colaterais) ocasionados pelo efeito do álcool?”
E44	“Qual seria a quantidade excessiva? Segundo a OMS não deve exceder a 30g”
E46	“Necessita definir o que seria excessiva, considerando-se tempo, estrutura corporal e quantidade de álcool na bebida consumida.”
E51	“excessiva, quanto?”

<b>Resposta</b>	Com relação a inserção de quantidade ou comportamento de uso excessivo de bebida alcoólica encontra-se relacionado estruturação da definição operacional.  Para atender as adequações a definição constitutiva alterado para: Ingestão de uma quantidade e/ou frequência excessiva de líquido com teor etílico.
<b>4. Exercício físico diário excessivo</b>	
E3	“Sugiro verificar se seria de fato todo dia, considerando o risco pontual de disglícemia em se tratando de atividade física estar relacionado durante e ao término de um dia de exercício e ainda assim já se constituir um fator de risco”
E4	“Como avaliar se o exercício está excedendo o permitido para fazer bem a saúde.”
E6	“Trazer que é parâmetro individual”
E7	“Fico em dúvida se a palavra "permitido" é a adequada. Talvez "desejado" ou "indicado"
E8	“Sugiro mudar "atividade física" por "exercício físico". Inserir justificativa do que "é permitido". Diferentes pessoas possuem diferentes limiares de exercício. Aquilo que causa fadiga ou ultrapassa um gasto calórico recomendado teria então a possibilidade de ser excessivo. Explicar melhor isso.”
E23	“Atividade física realizada todos os dias ou de frequência que excede ao condicionamento físico com intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde.”
E28	“Definir melhor "o que é permitido"
E29	“Não sei se caberia, visto que ele se torna excessivo e pode gerar um desequilíbrio dos níveis glicêmicos se não tiver uma dieta adequada para suprir os exercícios”
E37	“Definição Constitutiva: Exercício físico realizado todos os dias excedendo o que é permitido com intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde.”
E44	“Exercício físico é diferente de atividade física. A atividade física é um termo genérico que engloba qualquer tipo de movimento físico



	<p>produzido pelo corpo. Já o exercício físico é um tipo específico de atividade física planejada e estruturada para melhorar a condição física.</p> <p>Uma pessoa que realiza atividades braçais faz muito esforço físico e isso seria uma atividade física e não um exercício.</p> <p>Mas pela rotulação do diagnóstico a nomenclatura possa ser melhor ajustada para esforço físico que englobaria as duas formas tanto atividade quanto exercício.”</p>
E46	“Definição do que seria permitido.”
E49	“Aqui tenho duas reflexões: 1) Atividade física e exercício físico são conceitos diferentes. Sugiro rever para manter o que mais se adequa ao que é proposto. Exercício físico me parece mais adequado. 2) Também sugiro que revejam a palavra "permitido", pois a prática de exercício físico é pactuada e não imposta/permitida. Sugiro trocar por "recomendado" ou "pactuado””.
<b>Resposta</b>	<p>Para atender as adequações a definição constitutiva alterado para:</p> <p>Esforço físico realizado todos os dias excedendo o que é permitido conforme o limiar de cada indivíduo com intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde.</p>
<b>5. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento</b>	
E6	“O tratamento aborda mais que o regime medicamentoso e a definição também deveria incluir hábitos de vida e alimentares.”
E8	<p>“Sugiro inserir o artigo O antes de "não comparecimento/agendamento”.</p> <p>Acredito que a dieta e o exercício físico são pontos a serem considerados.”</p>
E15	“A palavra acompanhamento me faz pensar no seguimento instituído pelo pelo profissional, e não pela pessoa com DM. Sugiro trocar o termo acompanhamento por adesão.”
E27	“Não só medicações mas talvez mudanças de estilo de vida. Autocuidado prejudicado.”
E29	“inserir: não compreensão do regime de tratamento e/ou falta de rede de apoio para auxiliar no regime de tratamento.”

E35	“Relato de ...”
E42	“Mudaria apenas a redação, substituindo o ponto após "resultado terapêutico desejado" por uma vírgula.”
E46	“A adesão não deve ser somente medicamentosa.”
E49	“Faz escolhas inadequadas ao manejo pactuado, como não comparecimento/ agendamento de consultas e/ou falha no engajamento de tomar a medicação para a obtenção do resultado terapêutico desejado, implicando na responsabilidade ativa compartilhada pela pessoa com diabetes e os prestadores de cuidados de saúde”.
<b>Resposta</b>	<p>As evidências recuperadas do estudo primário não suportam a divisão do manejo em farmacológico e não farmacológico. Para atender as adequações a definição constitutiva alterado para:</p> <p>Cumprimento inadequado do tratamento prescrito, como o não comparecimento/agendamento de consultas e/ou falha na adesão ao tratamento medicamentoso para a obtenção do resultado terapêutico desejado. Implicando na responsabilidade ativa compartilhada pelo paciente e os prestadores de cuidados de saúde.</p>
<b>6. Monitoramento inadequado da glicemia</b>	
E28	“reescrever de forma mais clara, a definição constitutiva está diferente da operacional.”
E29	“não deveria estar aqui o automonitoramento de glicemia irregular e/ou ausente?”
E32	“Avaliação inadequada em frequência ou regularidade dos níveis totais de glicose sanguínea laboratorial e/ou automonitoramento.”
E46	“Precisa considerar as medidas caseiras pelo glicosímetro.”
E47	“Sugiro acrescentar os padrões de frequência e regularidade (e referenciar).”
E49	<p>“Sugiro colocar "em frequência ou regularidade" entre vírgulas. Acredite que dê mais clareza.</p> <p>Também penso que "e/ou de forma independente do laboratório de análises clínicas" pode ser substituído por "glicemia capilar””.</p>

Resposta	Para atender as adequações a definição constitutiva alterado para: Avaliação inadequada quanto a frequência ou regularidade da mensuração dos níveis totais de glicose sanguínea de modo laboratorial e/ou da realização do automonitoramento glicêmico através da mensuração da glicemia capilar conforme pactuado pela equipe de saúde
<b>7. Conhecimento inadequado do manejo da doença</b>	
E6	“Definição constitutiva confusa para esse item”
E29	“não verbalização sobre o conhecimento da doença”
E32	“Compreensão insuficiente em relação ao manejo do tratamento da doença, incluindo terapias apropriadas e inapropriadas e complicações com desfechos desfavoráveis.”
E46	“Quando e como seria medido?”
E47	““Corpo [constituído] por verdades ou fatos acumulados insuficiente” não está claro.”
E49	“Verdades ou fatos acumulados sobre o processo de gerenciamento do diabetes.”
Resposta	<b>Conhecimento inadequado do manejo da doença</b> Para atender as adequações a definição constitutiva alterado para: Indivíduo constituído por verdades ou informações acumuladas insuficiente perante o processo inteiro do tratamento, incluindo implicações de terapias apropriadas e inapropriadas e resultado clínico indesejado do manejo da doença
<b>8. Gestão inadequada da quantidade de alimentos</b>	
<b>Alterado p/ Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos</b>	
E11	“Poderia incluir qualidade, pois a ingestão de alimentos processados e ricos em carboidrato são fatores de risco para oscilações glicêmicas.”
E28	“substituir o termo comida por alimentos para padronizar.”
E29	“acredito que pode ser retirado: O consumo superior ou inferior ao recomendado pode ocorrer em apenas uma refeição programada ou no consumo total programado para o dia.”
E30	“Ingestão”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutiva alterado para:

	Consumo da quantidade de alimentos superior ou inferior ao recomendado no plano alimentar individualizado para a ingestão satisfatória de macronutrientes, micronutrientes ou calorias. O consumo superior ou inferior ao recomendado pode ocorrer em apenas uma refeição programada ou no consumo total programado para o dia.
<b>9. Regularidade inadequada do consumo de refeições</b>	
E49	“Sugiro excluir "horários", pois adequações são possíveis”.
Resposta	Para atender as adequações a definição constitutiva encontra-se mantida: Frequência inadequada do consumo de alimentos e bebidas conforme horários estabelecidos no plano alimentar individualizado
<b>11. Sobrepeso</b>	
E29	“Retirar: O excesso de peso pode ou não está relacionado ao aumento da gordura corporal, deste modo o excesso de peso não é igual a "excesso de gordura”.”
E40	“Será mesmo que o peso poderia ser um indicador relacionado ao sobrepeso? Sem pensarmos sobre os percentuais de gordura e relação com massa magra.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutiva encontra-se mantida: Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se acima dos padrões. O excesso de peso pode ou não estar relacionado ao aumento da gordura corporal, deste modo o excesso de peso não é igual a "excesso de gordura".
<b>12. Tabagismo</b>	
E8	“Considerar inserir o cigarro eletrônico”
E15	“Seria interessante incluir também o fumo por meio de 'vapers'. É algo muito recente, que evidências incipientes têm apontado para a relação entre os vapers e as doenças crônicas.”
E29	“retirar: Está incluída a dependência de tabaco.”

<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutiva encontra-se alterada:  Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se acima dos padrões. O excesso de peso pode ou não estar relacionado ao aumento da gordura corporal, deste modo o excesso de peso não é igual a "excesso de gordura".
<b>13. Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo</b>	
E18	“Sugiro a desnutrição.”
E38	“Nos itens “obesidade” e “sobrepeso”, as definições foram verificadas pelos padrões do IMC. Sugiro trazer da mesma forma nesse item, se não houver implicações com o que é posto pela literatura.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutiva encontra-se mantido: Estado no qual o peso/massa corporal encontra-se inferior ao esperado baseado na idade, sexo e altura.

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

## ANEXO H - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* COM DADOS PARCIAIS PERANTE A DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS FATORES DE RISCO DO DE RPGD

Quadro 08: Sugestões dos *experts* com dados parciais perante a definição operacional dos fatores de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

Fatores de Risco Definição Operacional Precisão	Sugestões
<b>1. Estresse excessivo</b>	
E9	“Em casos de pacientes pediátricos essa escala se aplica? Caso não se aplique é sugerível a inclusão de uma escala que abarque tal público.”
E28	“inserir "pontuação igual ou superior a 27 durante....".”
E29	“A aplicação desta escala é comum no uso clínico? Entendo a importância dela, mas devemos pensar se em nossa realidade nos serviços de saúde é a única forma de avaliar o estresse. Talvez pensar em observação de indicadores clínicos, comportamentais, verbalização do paciente.”
E44	“Acredito que possa descrever melhor as variáveis que serão analisadas pelo instrumento, já que se trata de uma definição operacional.”
E46	“Garantir que a escala esteja válida e adaptada transculturalmente ao Brasil.”
E50	“Obtenção de pontuação superior a 27 (alto nível de estresse) após a aplicação da Perceived Stress Scale (PSS).”
Resposta	<p>O público-alvo do DE consiste em adultos e idosos, quanto aos indivíduos pediátricos, este público pode ser considerado alvo em estudo futuro.</p> <p>Para atender as adequações a definição operacional encontra-se alterado para:</p>

	Obtenção de pontuação superior a 27 durante a aplicação da <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS), o qual a variação do escore é 0 - 40 e encontra-se associada Avaliação do estresse percebido. Onde a obtenção de 0 -13 refere ao baixo nível de estresse, 14 – 26 médio nível de estresse e 27 – 40 alto nível de estresse (CHAN & LA GRECA, 2020).
<b>2. Disfunção Cognitiva</b>	
E9	“Em casos de pacientes pediátricos o MEEM se aplica? Caso não se aplique é sugerível a inclusão de uma escala que abarque tal público.”
E27	“O CAM (Confusion Assesment Method) talvez seja mais adequado por identificar delirium (confusão aguda) e não necessariamente demência.”
E38	“Acredito que esse fator deve ser transferido para populações em risco por se tratar de características que não são modificadas pelo profissional enfermeiro.”
E44	“Acredito que possa descrever melhor as variáveis que serão analisadas pelo instrumento, já que se trata de uma definição operacional.”
E46	“Outra forma de avaliação neurológica.”
E48	“Mini Mental não é suficiente para avaliar o estado cognitivo.”
E51	“Bastante confusa a descrição.”
Resposta	<p>O público-alvo do DE consiste em adultos e idosos, quanto aos indivíduos pediátricos, este público pode ser considerado alvo em estudo futuro.</p> <p>Para atender as adequações a definição operacional encontra-se alterado para:</p> <p>Avaliação da disfunção cognitiva realizada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), obtenção de pontuação menor ou igual a 24 pontos é considerado demência; em caso de menos de quatro (4) anos de escolaridade o ponto de corte altera-se para 17, ao invés de 24. Em casos de depressão não complicada: 25.1 pontos; e prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos. CAM-ICU Global, é composto por quatro itens, a saber: 1 – início agudo de alterações do estado mental ou curso flutuante, 2 – falta de atenção, 3 - pensamento desorganizado e 4 -</p>

	alteração do nível de consciência será positivo se o indivíduo apresentar respostas positivas para as 1 - início agudo ou curso flutuante) e 2 - falta de atenção, além de 3 - apresentar pensamento desorganizado e 4 - nível de consciência alterado.
<b>3. Consumo excessivo de álcool</b>	
E03	“Sugiro definir em quantidade o que seria consumo excessivo.”
E08	“Sugiro colocar a dose (30g), recomendado pela OMS.”
E18	“Essa definição operacional me parece generalista e pouco usual, por exemplo talvez seja melhor buscar uma definição que conste a quantidade e faça distinção entre homens e mulheres.”
E28	“Definir melhor quanto a quantidade que caracteriza o consumo excessivo, não está claro.”
E29	“sugiro verificar nas diretrizes brasileiras de hipertensão arterial sobre a questão de alcoolismo.”
E30	“Poderia inserir o valor preconizado de doses para esse consumo excessivo.”
E31	“Sugiro definir um padrão de referência para o consumo excessivo no caso de consumo em dias esporádicos.”
E35	“Acredito que o instrumento Audit permitiria essa avaliação também.”
E37	“Sugiro definir o que caracterizaria o consumo excessivo de álcool em dias esporádicos e quando/quais seriam os critérios diagnósticos aceitáveis para a afirmação da pessoa como alcoolista (CID-10?).”
E42	“Sugiro definir a quantidade de doses ou a quantidade de álcool (calculada a partir do teor alcoólico da bebida) ingerido por dia. "> 1 bebida/dia" parece-me vago e pouco preciso.”
E44	“qual referência utilizou? rever a quantidade, qual a quantidade em ml ou gramas da bebida? Substituir pelas por 30 gramas e definir o que seriam de acordo com a OMS.”
E46	“A definição ainda está subjetiva; definir pela bebida ou pela quantidade de álcool na bebida? o que seria consumo excessivo em dias esporádicos?”



E47	“Dúvida: (> 1 bebida/dia) ou "ao menos 1 dose/bebida ao dia". Sugiro retirar: consumo excessivo em dias esporádicos.”
E48	“Melhor quantificar em ml.”
E51	<p>“ver definição atual para recomendar quantidade exata do que seria excesso. O que é regular? O que é excessivo, em volume?</p> <p>Sugestões de leitura:</p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9">https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9</a></p> <p><a href="https://www.drugsandalcohol.ie/37947/1/Canadas%20Guidance%20on%20Alcohol%20and%20Health.pdf">https://www.drugsandalcohol.ie/37947/1/Canadas%20Guidance%20on%20Alcohol%20and%20Health.pdf</a>”</p>
<b>Resposta</b>	<p>Para atender as adequações a definição operacional encontra-se alterado para:</p> <p>Declara fazer uso regular de álcool (&gt; 1 bebida/dia) ou consumo excessivo em dias esporádicos ou quando diagnosticado como alcoolista. Cálculo de doses de álcool, este cálculo é utilizado na atenção primária para identificar a população de risco imediato cujo consumo de álcool excede um limite considerado seguro. Segundo OMS, consumo máximo de 21 unidades de álcool por semana para homens e de 14 para mulheres e através deste cálculo é possível identificar o bebedor excessivo episódico, aquele que em uma única ocasião (DUCAN et al., 2004). AUDIT (Alcohol use disorders identification test) é utilizado para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool. O AUDIT é composto por 10 perguntas sendo que cada questão tem uma margem de 0 a 4, possibilitando uma pontuação final de 0 a 40 pontos. Obtenção de pontuação superior ou igual a 16 – 19 (zona III) corresponde a indivíduos com uso nocivo ou 20-40 (Zona IV) correspondente ao individuo com grande chance de dependência. AUDIT-C é composto por três perguntas com margem de 0 a 4 e, assim como o AUDIT, tem como função fazer uma investigação do padrão de uso de álcool. Para <b>homens</b>, Obtenção de pontuação entre 6 e 7 pontos, <b>alto risco</b> e de 8 a 12 pontos, <b>risco severo</b>. Para <b>mulheres</b>, Obtenção de pontuação entre 6 e 7 pontos, <b>alto risco</b> e entre 8 a 12 pontos, <b>risco severo</b> (DE MENESES-GAYA et, al., 2009).</p>

<b>4. Exercício físico diário excessivo</b>	
E15	“Sugiro adicionar: sem associação com a alimentação adequada, pois mesmo havendo a realização excessiva de exercícios, se a pessoa com DM tem uma dieta adequada para aquela quantidade de exercícios, há redução do risco de alterações da glicemia.”
E28	“Essa definição não atende ao conceito de definição operacional trata-se da forma como o termo ou variável foi caracterizado, verificado ou mensurado na prática, sendo assim termos de comportamentos físicos que refletem a expressão desse construto (PASQUALI, 2010). O que vai refletir esse exercício físico diário excessivo? Hipoglicemia? Perda de peso acentuada?? É preciso definir como mensurar isso...”
E31	“Como fica no caso de não haver pactuação prévia? Qual a referência para quantidade e intensidade excessiva?”
E44	“Como a definição está voltada para melhorar a condição de saúde, deve descrever o que seria o excessivo: 7x por semana durante 3 horas?”
E46	“Definição da quantidade / intensidade.”
E48	“Na verdade não é a resposta a AF, mas a falta de planejamento para isso antes e depois da AF exarcebada.”
E49	“A definição Operacional me parece mais coerente. Manteve o conceito de exercício físico tanto no título como na definição e usaram as palavras recomendado e pactuado. Penso que devem fazer semelhante na definição constitutiva”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>5. Acompanhamento inadequado do regime de tratamento</b>	
E6	“Incluir hábitos de vida e alimentares.”
E29	“Além das escalas, pensar em uma porcentagem de não comparecimento as consulta”
E44	“Acredito que possa descrever melhor as variáveis que serão analisadas pelo instrumento, já que se trata de uma definição operacional”
E46	“A adesão não deve ser somente medicamentosa.”

E49	“Eu sugiro trocar "cumprimento do tratamento" por "Engajamento do manejo do Diabetes". Embora discorde de algumas outras palavras, entendi que são nomes dos instrumentos e não podem ser mudados.”.
E51	“Rever o volume de escalas necessárias para se definir um diagnóstico, inviabiliza o uso!”.
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>6. Monitoramento inadequado da glicemia</b>	
E06	“Substituir "alimentos" por "nutrientes" tendo em vista a definição operacional usada.”
E23	“Embora a proposta esteja fundamentada nas melhores evidências, muitas vezes o município não oferece com regularidade os insumos para o automonitoramento da glicemia 3 x ao dia.”
E49	“Aqui penso que pode existir um problema advindo da realidade brasileira. Pessoas com Diabetes que não usam insulina não recebem o glicosímetro e as fitas de forma gratuita pelo SUS, logo, acredito que a maioria não realize monitoramento de glicemia capilar de 3 a 4 vezes ao dia. Sugiro trocar por: Realização do automonitoramento em frequência inferior e/ou não realização dos exames laboratoriais, ambas pactuadas pela equipe de saúde para monitoramento da glicemia.”
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>7. Conhecimento inadequado do manejo da doença</b>	
E29	“Novamente sugiro, que além das escalas, pensar em como o enfermeiro dentro da nossa realidade, podera identificar esse conhecimento inadequado da doença
E44	“Acredito que possa descrever melhor as variáveis que serão analisadas pelo instrumento, já que se trata de uma definição operacional”
E46	“Garantir que as escalas estejam validades e adaptadas transculturalmente ao Brasil.
E51	“Excesso de escalas para definir.”

Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>8. Gestão inadequada da quantidade de alimentos</b>	
<b>Alterado p/ Gestão inadequada da quantidade de alimentos consumidos</b>	
E08	“A mensuração será complicada na prática clínica. Talvez utilizar porções facilitaria isso.”
E21	“Preço que está os alimentos, acaba não tendo significado toda essa fala de valores de alimentos.”
E28	“verificar a redação desta parte "consumo de água ou bebida zero calorias" explicitando a porção diária como foi informado dos vegetais, proteínas e carboidratos.”
E30	“Ingestão”
E38	“Não deu para compreender bem a parte sobre “consumo de água ou bebida zero calorias.”
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>9. Regularidade inadequada do consumo de refeições</b>	
E08	“Exceder ou carecer/falhar no consumo do plano alimentar”.
E28	“Definir como será mensurado/verificado isso. Está escrito com outras palavras da definição constitutiva.”
E35	".Relato de..."
E46	“Inserir período de tempo considerado.”
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>10. Obesidade</b>	
E12	“Sugiro menção, também, ao acúmulo de gordura visceral e a circunferência abdominal.”
E29	“acredito que pode ser inclusa a adipometria (mensuração de porcentagem de gordura realizada manualmente), visto que o IMC já está obsoleto, contudo ainda é muito utilizado”
E31	“Concordo, mas questiono se o IMC é a única medida pertinente aqui. A não ser, claro, se você usou uma definição prévia que caracteriza a obesidade dessa maneira.”

E47	“Acrescentar referência.”
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>11. Sobrepeso</b>	
E13	“Para não haver conflito, sugiro considerar até 29,9. A nomenclatura menor que 30 pode ser confundidora.”
E29	“Pensar na adipometria.”
E40	“Acredito que a verificação a partir do IMC pode não gerar precisão adequada ou fidedigna.”
E47	“Acrescentar referência.”
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>12. Tabagismo</b>	
E51	“Qualquer consumo de tabaco, para o diabético, aumenta riscos. Considerar apenas como ser ou não fumante. De acordo com o MS do Brasil, os fumantes têm um risco ainda maior de desenvolver a doença. Até mesmo a exposição ao fumo passivo está associada ao desenvolvimento de diabetes tipo 2.”
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.
<b>13. Peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo</b>	
E18	“Por exemplo. uma jovem mulher com IMC de 18,0 sem nenhum outro FR tem risco de padrão glicêmico desequilibrado? Penso que não”
E29	“Pensar também na medida de porcentagem de gordura corporal.”
Resposta	Para atender as adequações a definição operacional encontra-se mantida.

Fonte: elaborado pela autora, 2023

## ANEXO I - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A RELEVÂNCIA DA POPULAÇÃO DE RISCO DO DE RPGD

Quadro 09: Sugestões dos *experts* perante a relevância da população de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

<b>População de Risco Relevância</b>	<b>Sugestões</b>
<b>1. Valores de glicemia limite inferior do normal no pré-operatório</b>	
E04	“Hipoglicemia deve estar relacionada a sintomas clínicos.”
E07	“obs: o termo correto é "populações em risco".
E08	“Sugiro "glicemia basal.”
E12	“Valores diminuídos de glicemia no pré-operatório.”
E18	“Penso que o termo mais adequado atrelado a população poderia ser "Pacientes em pré-operatório com valores de glicemia limite inferior ao normal.”
E21	“Falta de orientação clara.”
E23	“Valores de glicemia limite inferior aos valores de referência no pré-operatório.”
E24	“sugiro trocar o item 1 por "pessoas em pré-operatório para cirurgias" e adequar a definição.”
E29	“não é população de risco, isto é um indicador clínico do DE.”
E30	“No limite.”
E35	“Sugiro ser condição associada.”
E38	“Acredito que se encaixe melhor como um fator de risco do que como população em risco.”
E42	“Construção não se refere a uma população de risco.”
E49	“Sugiro acrescentar "pessoa" ou "indivíduo" com valores de glicemia...”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>2. Idosos</b>	

E11	“Incluir a população de gestantes também é importante, não só com diabetes gestacional, mas também o diabetes mellitus prévio à gestação.”
E50	Qual a justificativa de os idosos serem uma população em risco?
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>3. Indivíduos com vulnerabilidade social</b>	
E08	“Sugiro "Indivíduo."
E12	“Indivíduos em situação de vulnerabilidade social.”
E15	“Sugiro trocar para indivíduos em situação de vulnerabilidade.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>4. Indivíduos com baixo nível educacional</b>	
E29	“nem sempre baixa escolaridade significa não compreensão do estado de saúde.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>5. Indivíduos de ascendência africana</b>	
E18	“Tenho conhecimento da relação entre afrodescendentes e hipertensão arterial, assim como anemia falciforme.”
E21	“Pode ser considerada pela genética, porém fatores socioeconômico agravam.”
E36	“Se há estudos que evidenciam diferenças glicêmicas a depender da raça, então tudo bem.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>6. Indivíduos indígenas</b>	
E08	“Sugiro "indígenas".”
E18	“Talvez a população negra e indígena possa ser contemplada dentro de uma minoria social. Não percebo a população indígena como de risco para padrão glicêmico desequilibrado, mas talvez seja um desconhecimento pessoal, sendo assim, é necessário estabelecer uma relação clara da motivação para inclusão.”

E36	“Se há estudos que evidenciam diferenças glicêmicas a depender da raça, então tudo bem.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>7. Indivíduos com duração prolongada do diabetes</b>	
E06	“Da diabetes.”
E08	“Sugiro "diagnóstico de diabetes prolongado"
E18	“Diabetes é uma doença crônica, penso que não é adequado esse termo. Lendo parece que em algum momento a condição crônica deixará de existir.”
E22	“Indivíduos com duração prolongada do diabetes desregulada.”
E23	“Pessoas com duração prolongada do diabetes.”
E24	“sugiro simplificar o item 7 por "indivíduos com diabetes", uma vez que a doença é crônica.”
E28	“Indivíduos com diagnóstico de Diabetes mellitus.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>8. Indivíduos com hipoglicemia assintomática</b>	
E08	“Sugiro "hipoglicemia assintomática".”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.
<b>10. Indivíduos experimentam período de jejum prolongado voluntariamente</b>	
E08	“Sugiro "Indivíduos em jejum prolongado por opção".
E42	“Faltou o QUE entre "indivíduos" e "experimentam".”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a população de risco encontra-se mantida.

Fonte: elaborado pela autora, 2023



## ANEXO J – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS DA POPULAÇÃO DE RISCO DO DE RPGD

Quadro 10: Sugestões dos *experts* perante a precisão das definições constitutivas da população de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

<b>População de Risco</b> <b>Definições Constitutivas</b> <b>Precisão</b>	<b>Sugestões</b>
<b>1. Valores de glicemia limite inferior do normal no pré-operatório</b>	
E06	“Especificar o período antes em dias ou horas.”
E08	“Sugiro incluir o tempo para mensuração, segundo o checklist de cirurgia segura da ANVISA (2022).”
E18	“Porque não utilizar o termo hipoglicemia?”
E23	“Nível da glicose sanguínea abaixo aos valores de referência no período antes da realização de um procedimento cirúrgico.”
E24	“sugiro trocar o item 1.1 por "pessoas em pré-operatório para cirurgias" e adequar a definição.”
E29	“não é população de risco, isto é um indicador clínico do DE.”
E30	“No limite.”
E38	“Acredito que se encaixe melhor como um fator de risco do que como população em risco.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>2. Idosos</b>	
E06	“Sugiro usar a definição da OMS que considera maior de 60 anos como idoso, já que a taxonomia NANDA-I® é internacional.”
E47	“Acrescentar referência.”
E49	“Se for no Brasil, acima de 60 anos já é idoso, de acordo com o Estatuto do idoso”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se alterado para: Pessoas com 60 anos ou mais.

<b>3. Indivíduos com vulnerabilidade social</b>	
E18	“Discordo da definição por entender que indivíduos vulneráveis socialmente não possuem o poder de tomada de decisão. Isso também é retirado deles.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>4. Indivíduos com baixo nível educacional</b>	
E06	“Substituir nível educacional por nível de escolaridade.”
E18	“Penso que aqui cabe fazer um recorte mais amplo e introduzir analfabetos funcionais também. Teoricamente alunos com fundamental completo devem ser capaz de ler, escrever e interpretar, infelizmente essa não é a realidade. Pensando que o diagnóstico de enfermagem é mundial, a categorização de nível de escolaridade em outros países pode ser diferente.”
E23	“Individuo com nível educacional igual ou inferior ao ensino fundamental.”
E47	“Sugiro colocar em número de anos. Houve mudanças ao longo dos últimos anos no que vem a ser considerado ensino fundamental.”
E51	“Rever o conceito, pensando em demais países que não possuem essa classificação de ensino fundamental”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>6. Indivíduos indígenas</b>	
E07	“é somente indivíduos indígenas ou aqueles que possuem ascendência também?”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>7. Indivíduos com duração prolongada do diabetes</b>	
E06	“Glicose.”
E08	“Sugiro "glicose" ao invés de "glucose"."
E12	“Glicose ao invés de "glucose".
E17	“intolerância a glucose por um longo período" - OBS: Glicose.”

E18	“Aqui parece que há um desequilíbrio persistente que causa complicação, ficou confuso.”
E24	“sugiro simplificar o item 7 por "indivíduos com diabetes", uma vez que a doença é crônica.”
E49	“Trocar "enfermidade" por "condição" e "glucose" por glicose”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se alterado para: Indivíduos que vivem com uma Enfermidade caracterizada por grupo de desordem relacionado a hiperglicemia e intolerância a glicose por um longo período.
<b>8. Indivíduos com hipoglicemia assintomática</b>	
E03	“Só corrigiria a palavra “apresenta”.”
E12	“Corrigir para "apresenta ". "Sintomatologia" já é suficiente, sem o "clínica ".”
E17	“" Indivíduo que apresenta nível baixo" - OBS: Apresenta.”
E23	“Pessoa que apresenta nível baixo de glicose sanguínea sem apresentar sintomatologia clínica.”
E46	“Definir o nível.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>9. Indivíduos experimentam período de jejum prolongado voluntariamente</b>	
E17	“OBS: Vivência.”
E23	“Indivíduo que apresenta momentos de restrição de ingestão de alimentos de modo espontâneo.”
E42	“Faltou o QUE entre "indivíduos" e "experimentam".”
E49	“vivência*”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.

Fonte: elaborado pela autora, 2023

## ANEXO K - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DA POPULAÇÃO DE RISCO DO DE RPGD

Quadro 11: Sugestões dos *experts* perante a precisão das definições operacionais da população de risco do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

População de Risco Definições Operacionais Precisão	Sugestões
<b>1. Valores de glicemia limite inferior do normal no pré-operatório</b>	
E06	“Especificar o período antes em dias ou horas.”
E08	“Sugiro incluir o tempo para mensuração, segundo o checklist de cirurgia segura da ANVISA (2022).”
E18	“Esse é o padrão para pacientes cirúrgicos? Nesses casos, é feita uma correção e reavaliado? Cirurgia eletiva precisa de jejum, casos de hipoglicemia são esperados, não seria uma hipoglicemia persistente?”
E24	“sugiro trocar o item 1.2 por "pessoas em pré-operatório para cirurgias" e adequar a definição,”
E30	“No limite.”
E38	“Acredito que se encaixe melhor como um fator de risco do que como população em risco.”
E47	“Acrescentar referência (glicose inferior a 70mg/dl).”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>2. Idosos</b>	
E06	“Usar definição da OMS, sendo idoso a partir de 60 anos.”
E17	“Dúvida: Não considerou aplicar a definição a 60 anos?”
E38	“Geralmente as definições operacionais são colocadas em forma de comando. Sugiro: Interrogar ao indivíduo se possui idade acima de 65 anos.”

E47	“Acrescentar referência do estatuto do idoso brasileiro (> 65 anos).”
E48	“Não seria 60 ou mais?”
E49	“No Brasil é acima de 60.”
E50	“Se for um idoso saudável? Descrever a relação da fisiopatologia com a idade”.
E51	“Considerar que nem todos os países possuem estatuto do idoso”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se alterado para: Pessoa com idade superior a 60 anos conforme pactuado no estatuto do idoso vigente no país de origem (BRASIL, 2022).
<b>3. Indivíduos com vulnerabilidade social</b>	
E15	“Poderia incluir a escala de Coelho-Savassi que avalia vulnerabilidade social no contexto familiar, para uma percepção mais personalizada.”
E51	“Ajustar para conceito de vulnerabilidade social da OMS e/ou MS. Retirar mais uma”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se alterado para: Obtenção de pontuação superior a 0,4 no índice de vulnerabilidade social (IVS), é constituído por 16 indicadores organizados em três dimensões (Infraestrutura urbana, Capital humano e Renda e trabalho), a confrontar, reparar e recuperar-se de desastres naturais ou causado pelo homem. pontuação varia de 0 – 1, sendo 0 – 0,2 muito baixa, 0,2 – 0,3 baixa, 0,3 – 0,4 média, 0,4 – 0,5 alta e 0,5 – 1 muito alta (IPEA, s.d). Escala de Coelho Savassi, avalia o risco familiar, pontuações de 05 ou 06 refere-se a Risco menor, 07 ou 08 refere-se a Risco médio e acima de 09 refere-se a Risco máximo (SAVASSI et al., 2012).
<b>4. Indivíduos com baixo nível educacional</b>	
E06	“Substituir nível educacional por nível de escolaridade.”
E07	“a definição constitutiva diz "nível educacional = ou< ao ensino fundamental", porém aqui afirma-se que a duração deve ser

	inferior a 9 anos. para estar de acordo com a outra definição, a redação correta deve ser "= ou <"
E35	“Relato de...”
E51	“9 anos é para todos os países?”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>6. Indivíduos indígenas</b>	
E07	“por essa definição supõe-se que tanto indígenas quanto aqueles que possuem ascendência fazem parte desse grupo.”
E18	“Não vejo nas definições uma aproximação que justifique a inclusão dessa população.”
E36	“Sugiro substituir a palavra “índio” por “indígena”.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se alterada para:  Indivíduos que apresentam o reconhecimento da própria identidade, designação com a qual alguém se identifica, quanto ao vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território, autodeclaração sobre ser indígena; e Identificação do indivíduo por grupo étnico existente, conforme definição lastreada em critérios técnicos/científicos, e cujas características culturais sejam distintas daquelas presentes na sociedade não indígena (FUNAI, 2023).
<b>7. Indivíduos com duração prolongada do diabetes</b>	
E18	“Penso que seja mais adequado "Indivíduos diagnosticados com diabetes por um período superior a 5 anos"
E24	sugiro simplificar o item 7 por "indivíduos com diabetes", uma vez que a doença é crônica. necessário também reavaliar a definição operacional, por exemplo, indivíduos que apresentam uma glicemia superior a...(colocar parâmetros).”
E49	Por que 5 anos?

<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>8. Indivíduos com hipoglicemia assintomática</b>	
E07	“acho que está redundante "sintomatologia " e "sintomas".”
E12	“Substituir "glicômetro" por glicosímetro. Incluir "desmaio" como sintoma.”
E13	“Sugiro a substituição do termo "sonolência" por rebaixamento do nível de consciência, que pode incluir outros estados, como: sonolência, letargia, obnubilação, torpor e coma.”
E36	“No conceito do diagnóstico em estudo, definiu-se que o limite inferior seria 50. Neste caso, seria 70 ou 50?”
E48	“sensação de cabeça leve não está claro, deixar somente taquicardia (linguagem técnica) - acrescentar calafrios.”
E51	“Retirar sintomatologia, deixar só sintoma”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>9. Indivíduos com histórico de hipoglicemia</b>	
E07	" de níveis de glicose sanguínea inferior..."
E08	“Sugiro delimitação de tempo. Se o episódio foi há 5 anos, isso tem importância para a história clínica atual?”
E28	“Esses indivíduos apresentaram sintomas de hipoglicemia? É preciso deixar claro essa informação.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>10. Indivíduos experimentam período de jejum prolongado voluntariamente</b>	
E06	“Especificar tempo de jejum considerado prolongado.”
E08	“Sugiro inserir tempo.”
E15	“Incluir entre os grupos: população de ascendência japonesa (elevado risco de DM); indivíduos com história familiar de DM entre parentes de 1º grau.”
E18	“Pensei em pacientes gestantes e notei a ausência delas como população de risco, não entraria?”
E28	“Poderia definir um valor desse jejum, ex. superior a 12, 14, 16h.”

E42	” Faltou o QUE entre "indivíduos" e "experimentam".”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.

Fonte: elaborado pela autora, 2023



## ANEXO L - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A RELEVÂNCIA DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DE RPGD

Quadro 12: Sugestões dos *experts* perante a relevância das condições associadas do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

<b>Condições associadas Relevância</b>	<b>Sugestões</b>
<b>1. Hemoglobina glicada alterada</b>	
E29	“A hemoglobina glicada pode ser modificada com intervenções de enfermagem. Essa condição não cabe aqui.”
E38	“Acredito que fique mais adequado em fatores de risco.”
E46	“Se considerar hiperglicemia.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>2. Avaliação do modelo homeostático alterado para pontuação de resistência à insulina</b>	
E46	“Não sei se aplicaria-se a população geral... Talvez em casos de difícil manejo da glicemia.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>5. Diminuição do nível de albumina sérica</b>	
E29	“é possível reverter.”
E38	“Acredito que fique mais adequado em fatores de risco.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>6. Retinopatia diabética</b>	
E46	“Considerando-se hiperglicemia..”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>7. Aumento da morbidade</b>	
E7	“acho que este rótulo fica muito vago e por isso pode dificultar sua identificação, já que para medir a morbidade é utilizada uma escala,

	sugiro alterar o rótulo para algo mais específico como " índice de comorbidade de charlson elevado".”
E28	“Não entendo que seja uma condição associada, mas uma resultante das condições associadas, como as mencionadas anteriormente.”
E46	“Depende da morbidade.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>8. Infecções</b>	
E07	“a partir das definições, observa-se que não é todo tipo de infecção que se caracterizará como condição associada; talvez deva-se alterar o rótulo para deixar isso mais claro. Não é todo tipo de infecção alterará níveis de PCR ou leucócitos, por ex. Pense numa conjuntivite viral por exemplo.”
E29	“a infecção pode ser controlada e resolvida, não sendo uma condição que não se altere.”
E46	“Considerando-se hiperglicemia.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>9. Doenças renais</b>	
E18	“Penso que pacientes dialíticos sejam um grupo de risco, assim como gravemente enfermos.”
E29	“Quais doenças renais? pois a doenças renais que são revertidas e não crônicas.”
E49	Insuficiências renais? Complicações renais?
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>12. Neoplasia</b>	
E6	“Neoplasia maligna.”
E46	“Depende da neoplasia.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>13. Neuropatia periférica</b>	
E46	“Se for causada pela glicemia.”

E50	“Não é uma condição que vai alterar a glicemia, é produto resultante de outras doenças, mas sozinha ela não é fator causal do foco do teu diagnóstico de enfermagem”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>14. Preparações farmacêuticas</b>	
E06	“Mudaria para uso de fármacos.”
E07	“pelo rótulo dá a entender que qualquer tipo de medicamento é uma condição associada para o DE.”
E09	“Uso de preparações farmacêuticas.”
E38	“Acredito que esse termo possa ser reformulado para ficar claro que se trata do uso de medicamentos. Também acredito que deve ser transferido para fatores de risco.”
E46	“Somente as que tenham interações medicamentosas previstas.”
E47	“Sugestão: alterar para "Uso de hiperglicemiante(s)".”
E50	“o nome dessa condição não está bom, sugiro agregar a forma indevida das preparações farmacêuticas, pois está muito amplo o nome dessa condição e não favorece o raciocínio clínico”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>15. Polifarmacia</b>	
E28	“Não poderia ser considerado no item anterior preparações farmacêuticas?”
E38	“Acredito que deve ser transferido para fatores de risco.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.
<b>16. Indivíduos com úlceras em membros inferiores</b>	
E07	“não compreendo de modo claro como a presença de úlceras em MMII é uma condição associada para que o indivíduo tenha o DE estudado.”
E08	“apenas "úlceras em membros inferiores".”
E15	“Trocar o termo úlceras por lesões.”

E28	“Essa condição é decorrente de outras já citadas, como a neuropatia ou problemas circulatórios, entendo que já esteja contemplada.”
E38	“Acredito que fique mais adequado em populações em risco.”
E47	“Sugiro acrescentar: .... ocasionadas por arteriopatia, neuropatia periférica, ...etc.”
E50	“Isso seria uma população em risco”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da condição associada encontra-se mantida.

Fonte: elaborado pela autora, 2023

## ANEXO M - SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DE RPGD

Quadro 13: Sugestões dos *experts* perante a precisão das definições constitutivas das condições associadas do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

<b>Condições associadas</b>	<b>Sugestões</b>
<b>Definição Constitutiva</b>	
<b>1. Hemoglobina glicada alterada</b>	
E08	“Sugiro trocar nível de açúcar por nível glicêmico.”
E12	“Substituir "açúcar " por glicose.”
E23	“Resultado não enzimático da reação entre a glicose e a hemoglobina A, marcador este que indica o índice médio do nível de glicose ao longo da vida dos eritrócitos.”
E29	“a hemoglobina glicada pode ser modificada com intervenções de enfermagem. Essa condição não cabe aqui.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>3. Doença cardiovascular</b>	
E23	“Espectro de doenças que compreende o sistema cardiovascular, incluindo coração, vasos sanguíneos ou pericárdio.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>4. Distúrbios cerebrovascular</b>	
E23	“Espectro de doenças que comprometem o fluxo sanguíneo no encéfalo, podendo abranger veias ou artérias no cérebro, cerebelo e tronco encefálico.”
E27	“Com o tempo podendo ocasionar demência vascular causada pela instabilidade (crônica) na glicemia sanguínea.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>5. Diminuição do nível de albumina sérica</b>	

E12	““No sangue, sendo esta a proteína...”
E29	“é possível reverter.”
E42	“Esta.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>6. Retinopatia diabética</b>	
E23	“Doença que afeta a retina, caracterizada por complicações microvasculares progressivas, proveniente da progressão do diabetes mellitus
E49	“Trocar "enfermidade" por "complicação".
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>8. Infecções</b>	
E29	“a infecção pode ser controlada e resolvida, não sendo uma condição que não se altere.”
E29	“Usar definição oficial.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>9. Doenças renais</b>	
E23	“Espectro de doenças ...”
E29	“Quais doenças renais? pois a doenças renais que são revertidas e não crônicas.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>10. Doenças hepáticas</b>	
E6	“Espectro de doenças...”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>11. Transtorno mental</b>	
E06	“Se comprometer o autocuidado.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.

<b>12. Neoplasias</b>	
E06	“Eu tiraria essa parte de grau de anaplasia, pois existem neoplasias malignas que são bem diferenciadas.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>14. Preparações farmacêuticas</b>	
E06	“Achei bem confusa essa definição constitutiva, somente entendi o que era com a definição operacional.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>15. Polifármacia</b>	
E03	“Colocando uma vírgula antes de incluindo.”
E12	“Administração de medicamento em excesso ou excesso de medicação, que é o ato de medicar.”
E23	“Administração de cinco ou mais drogas ao mesmo indivíduo, comumente em indivíduos idosos. Incluindo também a administração de medicação excessiva.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.
<b>16. Indivíduos com úlceras em membros inferiores</b>	
E12	“Nem toda lesão é úlcera.”
E47	“IDEM: Sugiro acrescentar: .... ocasionadas por arteriopatia, neuropatia periférica, ...etc.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações a definição constitutivas encontra-se mantido.

Fonte: elaborado pela autora, 2023

## ANEXO N – SUGESTÕES DOS *EXPERTS* PERANTE A PRECISÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS DO DE RPGD

Quadro 14: Sugestões dos *experts* perante a precisão das definições operacionais das condições associadas do DE RPGD, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023

<b>Condições associadas</b>	<b>Sugestões</b>
<b>1. Hemoglobina glicada alterada</b>	
E08	“Sugiro retirar "valor pactuado como referência" ou inserir a referência.”
E29	“a hemoglobina glicada pode ser modificada com intervenções de enfermagem. Essa condição não cabe aqui.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>2. Avaliação do modelo homeostático alterado para pontuação de resistência à insulina</b>	
E49	“Não seriam células Beta?”
<b>3. Doença cardiovascular</b>	
E07	“infarto é um tipo de SCA, assim como a angina instável; todos os tipos de tromboembolismo são condições associadas? Ao colocar somente PCR, você quer dizer que durante o atendimento da PCR esse indivíduo possui o DE em questão ou quer dizer que o sobrevivente à PCR possui este DE? No segundo caso, o correto não seria "histórico de PCR" ou de morte súbita?”
E12	“A síndrome coronariana aguda já inclui angina estável e instável e infarto com e sem supra de ST. Corrigir "mitra" por mitral.”
E24	“sugiro melhorar a definição operacional.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>4. Diminuição do nível de albumina sérica</b>	



E12	“Nível de albumina sérica abaixo de 3,5 g/dl em exame laboratorial.”
E29	“é possível reverter.”
E42	"Nível DE albumina".
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>8. Infecções</b>	
E29	“a infecção pode ser controlada e resolvida, não sendo uma condição que não se altere.”
E46	“Faltou cultura de aspirado brônquico.”
E47	“Verificar DE Risco de Infecção para completar informações á definição operacional.”
E49	“Entendo que o leucograma está inserido no hemograma, mas penso ser válido citá-lo.”
E50	”Descrever a relação da fisiopatologia da DM com a Infecção”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>9. Doenças renais</b>	
E24	“sugiro melhorar a definição operacional.”
E28	“Poderia incluir sobre valores de taxa de filtração glomerular e marcadores como ureia, creatina, entre outros..”
E29	“Quais doenças renais? pois a doenças renais que são revertidas e não crônicas.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>10. Doenças hepáticas</b>	
E17	“”insuficiência hepática fumante" - OBS: Fulminante? Não considerar todas as formas de hepatite? Colangites? Doenças autoimunes?”
E24	“sugiro melhorar a definição operacional.”
E28	“Incluir valores de mensuração de marcadores hepáticos.”

<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>11. Transtorno mental</b>	
E07	“Todos esses transtornos são condições associadas para esse DE? Um indivíduo autista, completamente funcional e ativo seria caracterizado como tendo uma condição associada? Ou indivíduo com TDAH, disforia de gênero...não sou especialista, porém para incluir todas as patologias listadas, deve haver suporte adequado na literatura. Por favor desconsidere esta observação caso seu trabalho apresente referências que suportem essas afirmações.”
E24	“sugiro melhorar a definição operacional.”
E28	“A definição operacional não consiste em citar diagnósticos, mas sim da forma como o termo ou variável foi caracterizado, verificado ou mensurado na prática, sendo assim termos de comportamentos físicos que refletem a expressão desse construto (PASQUALI, 2010). Verificar isso nas condições associadas.”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>12. Neoplasias</b>	
E06	“Colocaria como definição operacional "qualquer neoplasia maligna" visto que será impossível você citar todas elas e citando somente algumas você desconsidera as que não estão escritas.”
E07	“como a definição aborda somente tipos de cânceres, talvez o rótulo adequado seja "neoplasia maligna"”.
E24	“sugiro melhorar a definição operacional.”
E28	“Definição Operacional: trata-se da forma como o termo ou variável foi caracterizado, verificado ou mensurado na prática, sendo assim termos de comportamentos físicos que refletem a expressão desse construto (PASQUALI, 2010).”
E43	“Tumores do sistema nervoso central : maligno e benignos podem levar a risco de hipoglicemia. é um cuidado de enfermagem que se tem com pacientes de clínicas de neurocirurgias.”
E51	“Sugiro manter a mesma definição constitutiva”.

<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>13. Neuropatia periférica</b>	
E51	“Como se faz o teste clínico? melhor constar na operacional”.
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>14. Preparações farmacêuticas</b>	
E12	“Medicamentos e não "medicações ".”
E51	“qual classe de medicamento altera glicemia?”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>15. Polifarmácia</b>	
E03	“Trazer também a definição operacional de "medicação excessiva" que está na definição constitutiva.”
E35	“Relato de...”
E51	“qualquer classe de medicamento?”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.
<b>16. Indivíduos com úlceras em membros inferiores</b>	
E12	“Nem toda alteração cutânea é úlcera.”
E15	Sugestões gerais: Parabéns pela proposta! Senti falta de definir o risco a partir de aspectos relacionados a acesso a serviços de saúde para acompanhamento longitudinal; disponibilidade dos medicamentos para uso adequado; relações familiares de apoio (ou não); literacia em saúde (mesmo com elevada escolaridade, as vezes a fonte de informação consultada não traz verdades e a pessoa adere a um comportamento que pode aumentar o risco de alteração da glicemia, achando ser correto).
E18	“Até o momento não percebi nada relacionado ao histórico familiar, acho que deveria ser incluído na população de risco.”
E42	“Senti falta de alguma citação ao período pós-operatório, não sei se em população de risco ou em condições associadas.”

E47	“IDEM: Sugiro acrescentar: ... ocasionadas por arteriopatía, neuropatia periférica, ...etc”
<b>Resposta</b>	Para atender as adequações da definição operacional encontra-se mantido.

Fonte: elaborado pela autora, 2023