

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MESTRADO PROFISSIONAL EM**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE**

**Raquel Maria de Oliveira Almeida**

**Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas**  
**Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde**

Juiz de Fora

2024

**Raquel Maria de Oliveira Almeida**

**Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas  
Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dr.<sup>a</sup> Silvia Lanziotti Azevedo da Silva.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde, Acesso e Qualidade na Atenção Básica em Saúde

Juiz de Fora

2024

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

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Almeida, Raquel Maria de Oliveira.

Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com Doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde / Raquel Maria de Oliveira Almeida. -- 2024.

116 f.

Orientador: Silvia Lanzotti Azevedo Da Silva  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2024.

1. Protocolo. 2. Telessaúde. 3. Doenças crônicas não transmissíveis. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Da Silva, Silvia Lanzotti Azevedo, orient. II. Título.

**Raquel Maria de Oliveira Almeida**

**Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família

Aprovada em 21 de agosto de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof.ª Dr.ª Silvia Lanziotti Azevedo da Silva** - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.ª Dr.ª Andréia Aparecida de Miranda Ramos**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.ª Dr.ª Maria do Carmo Lacerda Barbosa**  
Universidade Federal do Maranhão

Juiz de Fora, 24/07/2024.

[https://sei.ufjf.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=2008993&infra\\_sistema=1...](https://sei.ufjf.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=2008993&infra_sistema=1...) 1/2

03/08/2024, 13:14

SEI/UFJF - 1883657 - PROPP 01.5: Termo de aprovação



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 21/08/2024, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andréia Aparecida de Miranda Ramos, Professor(a)**, em 21/08/2024, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIA DO CARMO LACERDA BARBOSA, Usuário Externo**, em 26/08/2024, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1883657** e o código CRC **DECF8A4A**.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu filho Heitor, a quem espero que sirva como inspiração para que ele também busque soluções para as coisas que o inquietam durante sua vida! Que os horizontes se abram e que, por meio da pesquisa, ele possa mudar o mundo. Voe alto e acredite nos seus sonhos.

Dedico também aos Profissionais de Saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde. Sem dúvidas eles desempenham um papel fundamental no cuidado à saúde da população brasileira. E, embora todas as dificuldades enfrentadas no dia a dia da assistência, o amor, o cuidado com o Sistema Único de Saúde e a sua defesa se fazem constantes. Este trabalho foi feito para eles com muito carinho e respeito ao belíssimo trabalho que desempenham diariamente. Espero que gostem e o utilizem como ferramenta no cuidado aos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por me fortalecer nos momentos mais difíceis dessa jornada. Por nunca me deixar desistir nem desanimar. Por ser meu amparo, minha fortaleza, meu sustento em todos os momentos. A Ele, toda honra, glória e louvor.

Aos meus pais, Nilton e Rita, pelo amor incondicional, apoio e orações. Por acreditarem sempre em mim e nos meus sonhos e não medirem esforços para que eles se tornassem realidade. Essa conquista também é deles.

Ao meu esposo, Geraldo, com quem divido essa jornada de vida. Agradeço por sempre me apoiar e ser meu porto seguro nos momentos difíceis. Por aguentar todo o meu estresse e desespero ao longo desses dois anos, que estive em busca do meu título de mestre. Por dividir comigo esse sonho, sempre me incentivar e me mostrar o lado bom das coisas, mas principalmente por não me deixar desistir. Te amo!

Ao meu filho, Heitor, agradeço por ser a minha maior inspiração e força nessa trajetória. Sem dúvida, esse caminho ficou menos árduo e mais feliz com ele. Em todos os momentos mais difíceis ele foi meu consolo e renovou as minhas esperanças e foi por ele que dei o meu melhor para realizar este trabalho, a fim de que um dia, quando for adulto, o leia e saiba da sua grande contribuição, como inspiração para o desenvolvimento deste trabalho de mestrado.

Agradeço ao Profsaúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) na pessoa da Professora Andrea Ramos (Coordenadora) pela possibilidade ímpar de aprendizado durante esses dois anos. Foram dois anos essenciais para minha formação, como profissional, mas sobretudo como pessoa.

À minha orientadora, a professora Doutora Silvia Lanziotti, agradeço por nunca ter soltado a minha mão. Por ter acreditado no meu projeto de pesquisa e ter me dado a oportunidade de conviver com uma pessoa tão especial e que tem tanto conhecimento acadêmico. Ela é um grande exemplo e inspiração para mim.

Por fim, agradeço aos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde, sem os quais este estudo não se concretizaria. Muito obrigada por participarem da minha pesquisa. Divido com eles esse Protocolo de Telessaúde que desenvolvi com muito esmero e espero que ele seja útil e os auxilie no cuidado aos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

*No momento em que nos comprometemos, a providência divina também se põe em movimento. Todo um fluir de acontecimentos surge ao nosso favor. Como resultado da atitude, seguem todas as formas imprevistas de coincidências, encontros e ajuda que nenhum ser humano jamais poderia ter sonhado encontrar. Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode começar. A coragem contém em si mesma, o poder, o gênio e a magia.*

*Johann Wolfgang Von Goethe.*

## RESUMO

**Introdução:** As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são a principal causa de adoecimento e mortalidade em todo o mundo, e foram responsáveis por aproximadamente 41 milhões dos óbitos globais no ano de 2016. No Brasil, o cenário não é diferente, aproximadamente 70% das mortes são causadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e estima-se que, até 2025, 15 milhões de pessoas morrerão em decorrência desse grupo de doenças. Sabe-se que a prevenção, controle e tratamento das Doenças Crônicas exigem ações integradas e coordenadas entre o sistema de saúde, profissionais, indivíduos e a comunidade. **Objetivo:** Elaborar e validar um Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de estudo metodológico baseado nas diretrizes do AGREE II e técnica Delphi para a validação de seu conteúdo. A pesquisa foi realizada em três etapas: uma revisão integrativa da literatura para fundamentar a construção do protocolo de Telessaúde por meio da análise dos estudos incluídos na revisão. A segunda constituiu-se da elaboração do Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde; e, por fim, a validação de seu conteúdo. Foram convidados em torno de 200 profissionais de saúde que atuassem há mais de um ano na Atenção Primária à Saúde, de 5 municípios selecionados por conveniência. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e seguiu as diretrizes éticas do Conselho Nacional de Saúde, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. **Resultados:** Participaram da primeira avaliação do instrumento 34 profissionais. A maioria dos especialistas concordou com a inclusão dos itens e com sua forma de redação no questionário. Em relação a informações mais sensíveis e particulares, como "Identidade de Gênero" e "Renda Familiar", o percentual de concordância foi 82,4% e 97,1%, respectivamente. As questões com percentual de concordância inferior a 80% foram reformuladas segundo sugestões dos especialistas. A pontuação dos domínios do AGREE II foi aproximadamente 74,01% indicando que este percentual, nos 6 aspectos, foi atingido. Em um segundo momento de avaliação pelos especialistas, todas as questões atingiram 90% de concordância. **Conclusões:** Ao final, o protocolo foi elaborado e validado, podendo ser disponibilizado para uso pelas equipes de Saúde da Família no acompanhamento dos usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária.



**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Protocolo; Telessaúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic non-communicable diseases are the leading cause of morbidity and mortality worldwide, accounting for approximately 41 million deaths worldwide in 2016. In Brazil, the scenario is no different, with approximately 70% of deaths caused by Chronic non-communicable diseases, and it is estimated that by 2025, 15 million people will die as a result of this group of diseases. It is known that the prevention, control and treatment of chronic diseases require integrated and coordinated actions between the health system, professionals, individuals and the community. **Objective:** To develop and validate a telemedicine protocol for monitoring users with chronic non-communicable diseases in primary health care. **Method:** This is a methodological study based on the AGREE II guidelines and the Delphi technique for content validation. The research was carried out in three stages: an integrative literature review to support the construction of the telehealth protocol by analyzing the studies included in the review. The second stage consisted of the construction of the telehealth protocol for the monitoring of users with chronic non-communicable diseases in primary health care and, finally, its content validation. Approximately 200 health professionals who had been working in primary health care for more than one year were invited to participate, from five municipalities selected for convenience. The study was approved by the Human Research Ethics Committee, followed the ethical guidelines of the National Health Council, and was used for academic and scientific purposes only. **Results:** 34 professionals participated in the initial evaluation of the instrument. Most of the specialists agreed with the inclusion of the items and the way they were worded in the questionnaire. With regard to more sensitive and private information, such as "gender identity" and "family income", the percentage of agreement was 82.4% and 97.1%, respectively. Questions with less than 80% agreement were reworded according to the experts' suggestions. The score for the AGREE II domains was approximately 74,01%, indicating that this percentage was achieved in all 6 aspects. In a second evaluation by the experts, all questions reached 90% agreement. **Conclusions:** In the end, the protocol was developed and validated and can be made available for use by family health teams in the follow-up of users with chronic non-communicable diseases in primary care.

**Keywords:** Primary health care; Protocol; Telemedicine; Chronic noncommunicable diseases.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AGREE II</b>	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i>
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CID</b>	Classificação Internacional das Doenças
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>COFFITO</b>	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
<b>CFN</b>	Conselho Federal de Nutricionistas
<b>CFP</b>	Conselho Federal de Psicologia
<b>DAC</b>	Doenças do Aparelho Circulatório
<b>DEGES</b>	Departamento de Gestão e da Educação na saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>DeCS</b>	Descritores de Ciências da Saúde
<b>DM</b>	Diabetes <i>Mellitus</i>
<b>DPOC</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
<b>DORT</b>	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
<b>DRC</b>	Doença Renal Crônica
<b>ESF</b>	Estratégia de saúde da Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>IRC</b>	Insuficiência Renal Crônica
<b>HÁ</b>	Hipertensão Arterial
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MeSH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>MEDLINE</b>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
<b>NOC</b>	Normas de Orientação Clínica
<b>SCIELO</b>	<i>Scientific Electronic Library Online</i> (SciELO)
<b>MCT</b>	Ministério da Ciência e Tecnologia

<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
<b>PMM</b>	Programa Mais Médicos
<b>RAS</b>	Rede da Atenção à Saúde
<b>RNEP</b>	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
<b>RUTE</b>	Rede Universitária de Telemedicina
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TIC</b>	Tecnologias de Informação e Comunicação
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do SUS
<b>UFJF</b>	Universidade Federal de Juíz de Fora
<b>VIGITEL</b>	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Acrônimo PICO do estudo.....	44
Quadro 2 – Descritores controlados, não controlados utilizados para busca dos artigos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2023.....	45
Quadro 3 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa. Minas Gerais, Brasil, (n= 11). 2023.....	47

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Adaptação do Diagrama de Pesquisas em Bases de Dados e Periódicos.....	46
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características da amostra de especialistas participantes do estudo.....	67
<b>Tabela 2.</b> Percentual de concordância das questões dos especialistas. Minas Gerais, Brasil, 2024.....	68
<b>Tabela 3.</b> Pontuação de cada domínio e percentual pelo instrumento AGREE II..	75

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
3.1	O CONCEITO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS .....	19
<b>3.1.1</b>	<b>Conceitos de DCNTs e fatores de risco .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Dados epidemiológicos das DCNTs e seus fatores de risco no mundo e no Brasil.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Políticas mundiais e nacionais de enfrentamento das DCNTs.....</b>	<b>23</b>
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	27
<b>3.2.1</b>	<b>Atenção Primária à Saúde e seus atributos.....</b>	<b>28</b>
3.3	O CONCEITO DE TELESSAÚDE.....	31
<b>3.3.1</b>	<b>O conceito de Telessaúde.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Telessaúde no mundo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Telessaúde no Brasil .....</b>	<b>36</b>
3.4	TELESSAÚDE NO SUS E NA APS .....	38
<b>4</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>42</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	42
5.2	ETAPAS DA PESQUISA .....	42
5.3	PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO E SEU OBJETIVO.....	43
5.4	PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....	43
5.5	SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO .....	50
5.6	TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO .....	50
<b>5.6.1</b>	<b>Técnica DELPHI.....</b>	<b>50</b>
<b>5.6.2</b>	<b>Instrumento de Avaliação de Normas de Orientação Clínica - AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation II).....</b>	<b>51</b>
5.7	PROCEDIMENTOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO .....	54
5.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	55



<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>100</b>
	<b>APÊNDICE A - CONVITE ENVIADO AOS ESPECIALISTAS PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.....</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO ELABORADO ATRAVÉS DA FERRAMENTA DO GOOGLE FORMS® .....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>111</b>
	<b>ANEXO A - INSTRUMENTO AGREE II.....</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>113</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de adoecimento e mortalidade no mundo. Em 2016, foram responsáveis por 71% (41 milhões) dos óbitos globais (Malta *et al.*, 2021). No Brasil, 70% das mortes são causadas por DCNT e estima-se que até 2025 15 milhões de pessoas morrerão em decorrência desse grupo de doenças. As DCNT são caracterizadas por terem múltiplas causas e um início gradual, ocorrendo por extenso período e levando a lesões irreversíveis, à incapacidade e à morte (Monteiro *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como DCNT somente as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e Diabetes Mellitus (DM). Porém, pela própria definição da OMS de DCNT, outras doenças como Insuficiência Renal Crônica (IRC), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), doenças articulares e distúrbios neuropsiquiátricos também podem ser considerados DCNT (Simões *et al.*, 2021).

A prevenção, o controle e o tratamento das DCNT exigem ações integradas e coordenadas entre o sistema de saúde, profissionais da saúde, indivíduos e a comunidade, pois, além de causarem mortes, elas geram efeitos econômicos adversos para as famílias, para as comunidades e para o sistema de saúde (Silocchi; Junges, 2017).

Como iniciativa para a redução das DCNT no Brasil, foi criado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT, que prioriza o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral para o controle das DCNT e seus fatores de risco (Oliveira; Souza; Morais Neto, 2020).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontada como nível de atenção importante na coordenação do cuidado, na garantia de acesso à saúde, na qualidade e continuidade da assistência aos usuários com DCNTs, visto que ofertam ações de saúde intersetoriais pautadas na prevenção, promoção e atenção as DCNTs, buscando diminuir a prevalência dos principais fatores de risco a elas relacionados, nos territórios sob sua responsabilidade (Jardim; Navarro, 2017).

A estratégia de Telessaúde ganhou visibilidade durante a Pandemia da Covid-19, devido ao isolamento social, como alternativa para a continuidade no fornecimento de serviços essenciais de saúde, sendo uma alternativa eficaz para a prestação de serviços de saúde, quando as consultas presenciais não eram viáveis, e para responder a demanda aguda do sistema e continuar a fornecer os serviços essenciais de saúde. Assim, a telemedicina foi

ganhando cada vez mais visibilidade no contexto nacional, como uma alternativa eficaz para a prestação de serviços de saúde quando as consultas presenciais não são viáveis (Harzheim *et al.*, 2019).

A Telessaúde oferece uma abordagem promissora para melhorar o acesso dos pacientes ao cuidado, reduzindo barreiras (Sin *et al.*, 2020). Além disso, apresenta potencial para transformar e organizar o sistema de saúde, reduzindo gastos, aumentando ganhos na qualidade do atendimento, ampliando o acesso e aumentando a satisfação do usuário. Essa metodologia é capaz de fortalecer a APS na medida em que oferta maior densidade tecnológica, alcance a todos os pontos do sistema e permite que ela atue como coordenadora efetiva dos sistemas de saúde (Harzheim *et al.*, 2019).

Este estudo se propõe a elaborar e validar um Protocolo de Telessaúde para usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, a partir da pergunta de pesquisa: Qual deve ser o conteúdo de um Protocolo de Telessaúde para que seja efetivo no acompanhamento de usuários com DCNT na APS?

## 2 OBJETIVOS

Para responder a pergunta que norteia esta pesquisa, estabeleceram-se os objetivos que serão perseguidos, nomeadamente: objetivo geral e objetivos específicos. Esses serão detalhados na seção seguinte.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar o conteúdo de um Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar a literatura em busca dos indicadores empíricos que devem constituir o Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS;
- Propor o Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS;
- Validar o conteúdo do Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS a partir de expertises da temática;
- Avaliar o Protocolo a partir da metodologia proposta pelo AGREE II.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor entendimento deste estudo, a revisão de literatura foi dividida por assuntos. Estes são: o conceito de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, os dados epidemiológicos e seus fatores de risco a nível mundial e, em especial, no Brasil; a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus atributos, além do cuidado ao usuário com DCNT na APS; a Telessaúde no Mundo e no Brasil, centrado no Sistema Único de Saúde (SUS) e particularmente na APS. Esses serão apresentados nas seções seguintes, nessa ordem.

#### 3.1 O CONCEITO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Este capítulo apresenta um breve resumo sobre os conceitos de DCNT, seus fatores de risco associados, e a epidemiologia no mundo e no Brasil. Além disso, também faz referência às políticas mundiais e nacionais de enfrentamento das DCNTs. Com isso, pretende-se situar o leitor para a relevância sobre o processo de cuidado contínuo na Atenção Primária à Saúde para essa população.

##### 3.1.1 Conceitos de DCNTs e fatores de risco

Na literatura é possível encontrar vários conceitos para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, porém, neste trabalho, são apresentados os principais conceitos de interesse e considerados relevantes, especialmente, por duas entidades importantes, uma em nível mundial e a outra em nível nacional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define DCNT como doenças de longa duração, com progressão lenta, resultando em incapacidade e que englobam um conjunto de variáveis de situações que têm em comum a necessidade de acompanhamento multiprofissional de longa duração associado ao uso de medicamentos e de equipamentos, levado a consequências na vida do indivíduo e da família, com a necessidade de mudanças de comportamento e autocuidado (Simões *et al.*, 2021; Busse; Scheller-Kreinsen; Zentner, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) define DCNT como doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, com um processo de cuidado contínuo que não leva à cura, mas ao controle dos sintomas e a não progressão dessa doença (Brasil, 2014).

As DCNTs são causadas por vários fatores de risco que estão relacionados às condições de vida das pessoas. Esses fatores podem ser modificáveis ou comportamentais e não modificáveis (Brasil, 2007a). Os fatores de risco modificáveis podem ser compreendidos como ações prejudiciais que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma determinada doença ou condição de saúde, ou que dificulta e impede a recuperação da saúde. Os principais fatores de risco modificáveis são o tabagismo, uso abusivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (Francisco *et al.*, 2019).

Os fatores de risco não modificáveis são a herança genética, sexo, raça/etnia e idade. Além disso, é importante ressaltar que os fatores de risco comportamentais podem ser potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais, ambientais (Brasil, 2007a; Brasil 2021a).

Diante disso, entende-se a importância do conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a epidemiologia das DCNTs e seus fatores de risco, pois acarretam graves consequências para o indivíduo como morte e incapacidade. Além disso, trazem prejuízos e consequências para a sociedade como grandes perdas econômicas (Silocchi; Junges, 2017).

### **3.1.2 Dados epidemiológicos das DCNTs e seus fatores de risco no mundo e no Brasil**

Como descrito anteriormente, a magnitude das DCNTs, como as principais causas de adoecimento e mortalidade no mundo, é aferida pela perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades e alta taxa de mortalidade prematura (WHO, 2011) e ainda por alcançarem principalmente as populações mais vulneráveis, de média e baixa renda e de baixa escolaridade, devido ao seu acesso restrito às informações e aos serviços de saúde e à maior exposição aos fatores de risco (WHO, 2015). Em 2016, as DCNTs foram responsáveis por 71% (41 milhões) dos óbitos globais (Malta *et al.*, 2021).

De acordo com as Estimativas Globais de Saúde de 2019 da OMS, as DCNTs constituem sete das principais causas de morte no mundo, são elas: Doença cardíaca, Diabetes, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Câncer de pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), *Alzheimer* e outras demências, e Doença Renal Crônica (DRC) (WHO, 2020a). No período de 2000 a 2019, as DCNTs, juntas, foram responsáveis por 74% das mortes em todo o mundo. Contudo, as Doenças Cardiovasculares permanecem como a principal causa de morte globalmente nos últimos 20 anos, com aumento de 2 milhões de óbitos, no ano 2000, para 9 milhões, em 2019 (WHO, 2020a).

Destacam-se também as mortes por DM, visto que aumentaram em nível global 70% entre 2000 e 2019, com destaque para os países do Mediterrâneo oriental, que teve o maior aumento percentual de todas as regiões. É importante destacar que a doença de *Alzheimer* e outras formas de demências entraram na lista das 10 principais causas de morte no mundo e nas Américas, e na Europa ocupou o 3º lugar (WHO, 2020a).

Considerando a questão econômica relacionada às DCNT, dados da OMS mostram que o gasto anual com saúde no mundo corresponde a 8,5 trilhões, e as DCNTs são responsáveis pela maior parte desses gastos. Além disso, essas doenças levam à perda da capacidade de trabalho, impedindo a produtividade e os ganhos financeiros com o trabalho, além de despesas com afastamento e previdência social, relacionadas principalmente com as quatro principais DCNTs (Doença cardiovasculares cânceres, diabetes, doenças crônicas respiratórias). Uma estimativa de gastos de 30 trilhões no período de 2011 a 2030 que, se somados a essa os gastos com saúde mental, pode chegar a 45 trilhões, na esfera global. Isso corresponderia a um gasto adicional com saúde de 18 bilhões para os países de média e baixa renda (WHO, 2022).

No Brasil, a transição demográfica acelerada, decorrente da redução abrupta das taxas de fecundidade e aumento dos anos vividos, leva à transição epidemiológica marcada por um grande crescimento de morbimortalidade por causas externas e por DCNTs e seus fatores de risco. Em 2019 foram registrados 738.371 óbitos por DCNTs, sendo 41,8% entre 30 e 69 anos de idade, constituindo uma taxa de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes (Brasil, 2021a; SBC, 2021; Duarte; Barreto, 2012).

Nesse cenário, as Doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar em número de óbitos por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Observa-se que, no panorama da morbimortalidade por DCNTs no Brasil, em 2019, constatou-se que as DCNTs são a primeira causa de óbitos de 30 a 69 anos, sendo 56% dos óbitos nos homens e 44% nas mulheres (Brasil, 2021a).

Em particular, na população masculina, as Doenças cardiovasculares foram as responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no período 2000 a 2019, enquanto nas mulheres perderam para as neoplasias, a partir do período de 2014, sendo atualmente essa a maior causa de morte por DCNTs no sexo feminino (Brasil, 2021a).

Analisando a mortalidade prematura por DCNTs por região de residência no Brasil, observou-se que todas as taxas tenderam a se aproximar ao longo dos anos, com destaque para o Sudeste, que possui a maior taxa, o que demonstra que as DCNTs estão amplamente disseminadas por todo o país. Em 2019, foram realizados 1,8 milhões de internações no

Sistema Único de Saúde em decorrência das DCNTs, o que levou a um gasto de 8,8 bilhões de reais (Brasil, 2021a).

As DCNTs causam grande impacto na produtividade da força de trabalho e na aposentadoria precoce da população brasileira economicamente ativa, o que leva a impactos econômicos significativos. Estimativas de perda do Produto Interno Bruto (PIB) por conta de mortes, absenteísmo e presenteísmo causado por DCNTs mostram que, em 2020, o Brasil teve uma perda de 148,7 bilhões, que pode chegar a 184 bilhões em 2030. O impacto das DCNTs no PIB representa 5,4% do PIB de 2015 e chegou a ser 5,8% do PIB em 2010. Além disso, se combinados os casos de absenteísmo e presenteísmo com aposentadoria precoce, as perdas em 2015 foram de 7,6% do PIB, podendo chegar a 8,7% em 2030 (Council, 2017).

É extremamente importante trazer o cenário da prevalência de fatores de risco para as DCNTs no Brasil, pois a maioria das mortes prematuras está relacionada a fatores de risco modificáveis como o hábito alimentar inadequado, sedentarismo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas em excesso, a poluição ambiental e saúde mental. Existe a necessidade de se conhecer o comportamento da população e as suas condições de vida e trabalho, visto que essas refletem na saúde, em todas as faixas etárias (Brasil, 2021a).

Dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2019 mostram que, na população maior que 18 anos, a frequência de consumo recomendado de frutas e verduras foi de apenas 22,9%, enquanto a frequência de alimentos ultraprocessados foi de 18,2% e o consumo regular de bebidas adoçadas de 15% (Brasil, 2019).

De 2006 a 2019, houve aumento de 72% na prevalência de obesidade em adultos nas capitais brasileiras. Com relação à atividade física no tempo livre, a prática identificada foi equivalente a 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, e o percentual de adultos praticantes foi de 39%, sendo maior entre os homens, aumentando de acordo com o nível de escolaridade e diminuindo com a idade (Brasil, 2019; Brasil, 2021a).

A prevalência de tabagismo na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal foi de 9,8%, sendo maior em homens, na população com menor escolaridade e na faixa etária de entre 45 e 54 anos (Brasil, 2021a). Estimativas do *Global Burden of Diseases* (GBD), em 2017, mostram que aproximadamente 6,2% de todos os óbitos ocorridos no Brasil estavam relacionados ao uso de álcool. Além disso, quando observado os anos de vida ajustados por incapacidade (*DALYS*), o uso de álcool foi o 3º principal fator de risco comportamental para carga de doenças no Brasil e o 4º no mundo (Institute For Health Metrics And Evaluation, 2019; Brasil, 2017; Brasil, 2021a).



Nesse cenário, entendemos que a poluição do ar ambiente é considerada importante fator causal associado às DCNTs. Estima-se que, no ano de 2016, no Brasil, a poluição do ar tenha sido responsável por aproximadamente 58% de mortes prematuras por doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração, 18% por doença pulmonar obstrutiva crônica e infecção respiratória e 6% por câncer de pulmão, traqueia e brônquios. Em 2016, os óbitos por DCNTs, devido à poluição do ar, aumentaram no Brasil e nas unidades federativas; e entre os homens subiram para 25.435, os casos registrados (Brasil, 2012; Brasil, 2021a).

Diante disso, acredita-se que Políticas de Saúde direcionadas a essa temática, perante a sua magnitude, devem ser efetivas, adaptáveis e integradas com fundamentação de evidências científicas para a prevenção e o monitoramento das DCNT e seus fatores de risco. Na próxima seção, serão apresentadas as políticas mundiais e nacionais de enfrentamento das DCNTs e sua importância para a saúde pública do Brasil, bem como sua relevância para este estudo.

### **3.1.3 Políticas mundiais e nacionais de enfrentamento das DCNTs**

Na perspectiva das políticas de enfrentamento das DCNTs, pode-se destacar, no ano 2000, o evento da 53ª Assembleia Mundial da Saúde. Este evento trouxe resoluções que recomendavam o desenvolvimento de políticas nacionais para o estabelecimento de programas de prevenção e controle das DCNTs, o monitoramento dos fatores de risco e seus determinantes na população, como medidas prioritárias na Saúde para os países-membros participantes (WHO, 2000).

Entre as resoluções da OMS que se seguiram após esse evento, merecem destaque o controle do tabaco, em 2003, a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde de 2004 e o Plano de Ação para a Estratégia Global de Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2008-2013 (WHO, 2014; Malta, 2014).

Igualmente, merece visibilidade a primeira Conferência Ministerial Global, que ocorreu em 2011, sobre estilos de vida saudáveis e controle de DCNTs, em Moscou. Essa conferência buscou apoiar os países participantes no desenvolvimento e fortalecimento de políticas e programas de prevenção de DCNTs e estilos de vida saudáveis. Em setembro de 2011, ocorreu a Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU), na qual se aprofundaram os compromissos na Declaração Política de DCNT para os países-membros no enfrentamento dessas doenças (ONU, 2011; Malta, 2014).

Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o Plano de Ação Global de DCNT, estabelecendo uma meta de redução da probabilidade de morte por DCNT em 25% entre 2015

e 2025 pelos países-membros, assim, englobando cinco metas relacionadas aos fatores de risco: (1) interromper o crescimento das taxas de diabetes e obesidade, (2) reduzir em 30% a ingestão de sal, (3) reduzir em 10% o uso nocivo de álcool, (4) reduzir em 10% a prevalência do sedentarismo e (5) limitar em 30% o tabagismo (PAHO, 2016).

Em 2014, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propôs um Plano de ação Regional para a Prevenção e o Controle das DCNTs, tendo como meta principal reduzir a mortalidade e a morbidade evitáveis, minimizar a exposição a fatores de risco, aumentar a exposição a fatores de proteção e reduzir o ônus socioeconômico dessas doenças (PAHO, 2016).

Em 2015, a Assembleia das Nações Unidas aprovou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), constituído por 17 itens. Entre eles, estabeleceu “assegurar uma vida saudável através da promoção de bem-estar para todos” e incluiu o indicador “redução da probabilidade de morte prematura por DCNT em 30% até 2030” (ONU, 2015; Malta, 2019).

Em 2018, a Comissão Independente Mundial de Alto Nível da OMS sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) lançou um novo relatório pedindo uma ação urgente para o tratamento de enfermidades crônicas e transtornos mentais. Assim, reafirmou a necessidade de um compromisso político e início imediato das ações para enfrentar a epidemia de DCNTs, principais causas de morte e de problemas de saúde no mundo (WHO, 2018).

Em 2021 a OMS, lançou um relatório intitulado “Salvando vidas, gastando menos: uma resposta estratégica as DCNTs”, cujo conteúdo apontava os retornos sobre investimentos em políticas rentáveis e viáveis para proteger as pessoas contra doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, estimulava os países a usarem essas intervenções a fim de reduzir em até um terço as mortes por DCNTs até 2030 (WHO, 2021).

Em 2022, a OPAS lançou um portal chamado ENLACE, sobre doenças não transmissíveis, saúde mental e causas externas, em que reuniu dados sobre os indicadores mais relevantes para o controle das DCNTs incluindo fatores de risco e prevenção (PAHO, 2021). Nesse mesmo ano, a OMS lançou também um relatório intitulado “Números invisíveis: a verdadeira escala das doenças não transmissíveis”, no qual demonstrou que as DCNTs superaram as doenças infectocontagiosas como a principal causa de morte em todo o mundo.

Ainda em 2022, a OMS lançou também um portal de dados de DCNTs com as informações de 194 países referentes aos fatores de risco (tabagismo, alimentação não saudável, uso nocivo de bebida alcoólica e sedentarismo) e as principais DCNTs (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Esse portal permite a

comparação entre países e regiões geográficas. E, durante a 77ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas desse ano, Chefes de Estado se comprometeram com o Pacto Global de Doenças Não Transmissíveis para salvar 50 milhões de vidas até 2030 (WHO, 2022).

A história das políticas sobre DCNTs no Brasil reflete a evolução das prioridades de saúde pública e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. No Brasil, iniciam a partir da década de 1980, quando a Constituição Brasileira estabeleceu o direito à saúde como um direito universal e a criação do SUS (Brasil, 1990). O SUS foi desenhado para garantir acesso universal e integral à saúde, incorporando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, incluindo as DCNTs. Em 1993, o Ministério da Saúde promoveu um seminário amplo com representantes das secretarias de saúde de todos os estados. Desse encontro, resultaram os primeiros documentos publicados no Informe Epidemiológico do SUS e, em 1994, publicou a primeira Política Nacional de Saúde para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Este documento começou a abordar as DCNTs como uma prioridade de saúde pública e definiu estratégias para sua prevenção e seu controle (Brasil, 1990; Lessa, 2004).

A criação do SUS possibilitou, por meio de sua estruturação, maior acesso da população aos cuidados de saúde, forte controle social e a implementação de políticas públicas que buscassem analisar a situação das DCNTs, interpretar, planejar e implementar ações para o seu enfrentamento. Além disso, também possibilitou a integração ensino-serviço, o que permitiu ampliar os recursos tecnológicos disponíveis para o controle e a prevenção das DCNTs. Nesse sentido, é essencial citá-la como política pública que contribuiu para as tendências favoráveis na mortalidade por DCNTs, a ampliação do acesso e dos cuidados qualificados aos pacientes na APS (Brasil, 2023b; Duncan, 2012).

Em 2002, cursos sobre epidemiologia das DCNTs foram realizados para todos os estados do País (Lessa, 2004). No entanto, no período de 2002 a 2003, o MS realizou, nas capitais das unidades da federação, o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida das DCNTs, visando coletar dados referentes ao hábito de fumar, ao peso e à altura referidos, ao consumo alimentar, à consumação de álcool, à atividade física e ao diagnóstico médico de hipertensão e diabetes (Brasil, 2007a).

Assim, como proposta de adotar instrumentos eficazes para monitorar a frequência e distribuição dos principais fatores de risco para as DCNTs no país, o MS, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica, implantou o sistema VIGITEL. Esse sistema objetiva o monitoramento contínuo de frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Isso é feito por meio de entrevistas telefônicas, assistidas por computador,

em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas telefônicas de cada cidade. Posteriormente o governo brasileiro incluiu questões sobre hábito de fumar e atividade física na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE como investigação de fatores de risco e ações de vigilância em saúde (Brasil, 2007a).

Ainda assim, em 2007, o MS lançou o Guia Metodológico de Avaliação e definição de indicadores – DCNTs e Rede Carmen em resposta a proposta delegada pela OPAS, em 2003, no I Fórum Global Mundial realizado no Rio de Janeiro. Esse guia se constituiu numa proposta de avaliação e definição de indicadores da iniciativa Carmen (melhorar a saúde das populações na América Latina por meio da redução dos fatores de risco associado às DCNTs), a fim de ser utilizado na América Latina (Brasil, 2007b).

Em 2008 ainda não tinham sido publicadas políticas de estratégias de cuidado e, a partir daí, o MS publicou as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. O objetivo era mobilizar os gestores e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de iniciativas setoriais e intersetoriais que possibilitassem a reversão do quadro das DCNTs existente no Brasil (Brasil, 2008).

O Plano de DCNT do Brasil englobou três eixos fundamentais de vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral, os quais abordaram quatro grupos principais de doenças crônicas: cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes, e seus fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, uso abusivo de álcool, obesidade e alimentação não saudável (Brasil, 2011a).

Em 2012, a Rio + 20 trouxe, em sua Declaração para o Desenvolvimento Sustentável, como política prioritária, o fortalecimento da prevenção e o controle das DCNTs, devido ao impacto negativo que elas trazem para o desenvolvimento humano e social e por constituírem um dos principais desafios para o desenvolvimento sustentável no Século XXI (Malta, 2014). Em 2013, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 252, que instituiu a Rede da Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com DCNT no âmbito do SUS. Essa portaria propunha a ampliação das ações de promoção e prevenção das DCNTs e mudanças no modelo de atenção a esses usuários (Brasil, 2013). Porém, a RAS dos pacientes com DCNTs foi redefinida em 2014, na Portaria nº 483, que redefiniu a Rede de Atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e as diretrizes para organização das linhas de cuidado das pessoas com DCNTs (Brasil, 2014).

Nada obstante, em 2021, com a aproximação do término do período de vigência do plano de ações 2011-2022 e a pactuação do Brasil para alcançar os ODS, o MS elaborou um novo documento que reafirmou e ampliou as propostas para o enfrentamento das DCNTs no Brasil (Brasil, 2021a). O Plano de Ações para enfrentamento das DCNTs no Brasil 2021-2030 definiu cinco metas para as DCNTs e dez metas para os fatores de risco para as DCNTs. Como metas para DCNTs, foram propostas: (1) redução em 1/3 da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT; (2) redução em 1/3 da probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT; (3) redução de 10% da mortalidade prematura por câncer de mama; (4) redução de 20% da mortalidade prematura por câncer de colo do útero; (5) redução de 10% da mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo no Brasil até 2030 (Brasil, 2021a).

As metas estabelecidas para os fatores de risco são: (1) redução da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%; (2) contenção do crescimento da obesidade em adultos; (3) aumento em 30% a prevalência da prática de atividade física no tempo livre; (4) aumento em 30% no consumo recomendado de frutas e de hortaliças; (5) redução do consumo de alimentos ultraprocessados; (6) redução de 30% no consumo regular de bebidas adoçadas; (7) redução de 10% no consumo abusivo de bebidas alcoólicas; (8) redução da prevalência de tabagismo em 40%; (9) redução da mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica; e (10) atingir a meta de 90% de cobertura vacinal contra o HPV no Brasil, até 2030 (Brasil, 2021a; Brasil, 2022b).

O alcance das metas e ações estratégicas deve ser realizado mobilizando várias áreas e setores, buscando promoção de saúde, prevenção, produção do cuidado e assistência para enfrentamento das DCNTs e dos seus fatores de risco. O documento também faz referência a quatro dimensões estruturantes do processo de organização, produção de ações e serviços e gestão na saúde: (1) Educação permanente em Saúde; (2) volta aos temas e às estratégias de implementação do plano de ações; (3) implantação e fortalecimento dos serviços de saúde voltados à prevenção de DCNTs e dos agravos; e (4) construção de parcerias multissetoriais e desenvolvimento de capacidade e habilidades para a geração e uso de informações (Brasil, 2021a; Brasil, 2022b).

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esta seção retrata o conceito da Atenção Primária à Saúde num breve contexto histórico e seus atributos essenciais, seus pilares e as funções fundamentais que devem ser

exercidas. Pretende-se descrever a importância deste modelo para o Sistema de Saúde brasileiro.

### 3.2.1 Atenção Primária à Saúde e seus atributos

O conceito de APS surgiu pela primeira vez no Relatório *Dawson*, em 1920, um documento que recomendava a Organização dos Sistemas de Saúde em diversos níveis de atenção, descrevendo suas funções e a relação entre elas, constituindo o conceito das Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2015).

A declaração de Alma Ata, da I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, no ano de 1978, institucionalizou a APS em escala global e a definiu como

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos às famílias, com sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (Organização Mundial da Saúde/UNICEF, 1979, p. 14).

A APS no Brasil tem ganhado incentivo como coordenadora da rede de saúde em nível nacional, desde a criação do SUS em 1988. Esse modelo busca garantir aos cidadãos ações de saúde que contemplam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, melhorando resultados e promovendo a diminuição dos custos (Costa; Guerra; Leite, 2022).

No Brasil, a APS possui cobertura superior a 73%, sendo considerada a principal porta de entrada do Sistema de Saúde brasileiro. Atua como ordenadora do cuidado do indivíduo nos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (De Souza Nunes; Corrêa; Soratto, 2022).

Para que a APS seja considerada de qualidade, ela necessita desenvolver os sete atributos que são determinados: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação da atenção, orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural e, além disso, desempenhar as funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização (Mendes, 2012).

Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os derivados. Aqueles são descritos como: (I) O acesso faz referência ao primeiro contato do indivíduo com o sistema e o uso do serviço para cada novo problema que ele apresentar; (II) A longitudinalidade pode ser compreendida como os cuidados prestados pela equipe de saúde ao indivíduo e ao coletivo ao longo do tempo, de forma humanizada; (III) A integralidade é a

oferta de serviços que atendam às necessidades da população adstrita, compreendendo as ações de prevenção, promoção, cura, cuidado e reabilitação de maneira a abordar os problemas biológicos, psicológicos e sociais; (IV) A coordenação pode ser entendida como a garantia da continuidade do cuidado por meio da articulação com as RAS (Starfield, 2002; Lima *et al.*, 2023).

E ainda nesses atributos temos: (I) A orientação familiar que é o reconhecimento da família de forma integral, seus problemas de saúde, suas relações; (II) A orientação comunitária, que é reconhecer o contexto físico, social e econômico em que as famílias se inserem, suas necessidades e os determinantes sociais da saúde a serem enfrentados naquela realidade; (III) A competência cultural, que é a compreensão das singularidades culturais e preferências dos indivíduos e das famílias (Starfield, 2002; Alencar *et al.*, 2014).

As três funções essenciais podem ser compreendidas como: (I) resolubilidade, que é conceituada como a capacidade da APS de ser resolutiva para atender a mais de 90% dos problemas de sua população; (II) comunicação, que é ordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações dentro da RAS; e (III) a responsabilização, que é o reconhecimento e relacionamento com a população adstrita, os territórios sanitários, a gestão de base populacional (Silva, 2022; Mendes, 2012).

No Brasil optou-se pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Comunidade como modelo principal para reorganização da APS, desde a década de 90, sendo pautadas numa concepção ampla do processo saúde-doença, com incentivo às equipes multiprofissionais, e com trabalho voltado às famílias, às comunidades em seus territórios. Essa concepção de proposta abrangente está em consonância com os princípios do SUS de universalidade, integralidade, descentralização e hierarquização e controle social (Machado, 2022).

A ESF, ao atuar propiciando a reorientação dos processos de trabalho, possibilitando a ampliação da resolutividade, a priorização de ações de promoção e prevenção, além da atuação nas situações de vulnerabilidade de saúde em nível individual e coletivo, leva ao fortalecimento e à consolidação da APS (Barba *et al.*, 2022).

Embora a ESF seja o principal modelo de cuidado na APS no Brasil, há vários modelos de cuidados como: a APS tradicional com médicos e enfermeiros generalistas, com ênfase em consultas, modelo *Semachko*, promovido por clínico, médico ginecologista-obstetra e pediatra; o modelo de medicina de família e comunidade *Strictu Sensu*, com a centralidade do cuidado realizada por médicos generalistas ou especialistas em medicina de família e comunidade. Entretanto, embora o Programa de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF) apresente deficiências quantitativas e qualitativas, ele tem se mostrado

efetivo, eficiente e equitativo, superior às formas tradicionais de prestação de cuidados na APS. Além disso, a proposta brasileira de PSF/ESF é mais adequada à realidade do país porque se adequa aos princípios do SUS: é abrangente, tem ênfase na saúde da população e tem seu foco na saúde da família (Mendes, 2015).

Os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para APS apresentam maior efetividade porque possibilitam o enfrentamento da situação epidemiológica das condições crônicas impactando o nível de saúde da população. Além do mais, apresentam maior eficácia por apresentar menores custos e redução de procedimentos mais caros, maior equidade, ao discriminar grupos e regiões mais pobres e possibilitar seu cuidado, diminuindo seus gastos. Ainda, são mais adequados, pois se organizam a partir das necessidades da população e são de mais alta qualidade, visto que ofertam cuidados com ênfase em promoção, prevenção e oferta de tecnologias mais seguras aos usuários (Giovanella, 2018; Mendes, 2015).

Atualmente a situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma transição demográfica acelerada, com uma população em processo de rápido envelhecimento e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças (Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Condições Maternas e Perinatal e Doenças Agudas) (Martins *et al.*, 2021).

Na atualidade já existe um predomínio das condições crônicas representando 75% das doenças no País. Portanto, o Brasil apresenta um processo de envelhecimento populacional e uma situação de transição epidemiológica, com aumento das condições crônicas e queda relativa das condições agudas, o que ocasionará uma elevação progressiva da morbimortalidade por Doenças Crônicas no Brasil (Da Silva *et al.*, 2023; Brasil, 2022a; Mendes, 2015).

Nesse sentido, a Atenção Primária em Saúde, e principalmente a Estratégia de Saúde da Família, tem importante papel no cuidado integral às DCNTs, visto que a ESF oferta ações de saúde, intersetoriais, pautadas na prevenção, promoção e atenção às DCNTs, buscando diminuir a prevalência dos principais fatores de risco a elas relacionados, nos territórios sob sua responsabilidade. Além disso, as práticas na ESF são baseadas no trabalho interdisciplinar e no planejamento e realização de atividades segundo o critério de risco à saúde (Jardim; Navarro, 2017).

Além do que, a APS dispõe de ferramentas como a territorialização, a busca ativa e a promoção de saúde, que são grandes potencialidades no enfrentamento das DCNTs. Além de possibilitar a longitudinalidade do cuidado que se realiza por uma fonte de atenção e sua utilização ao longo do tempo, o que gera confiança interpessoal e vínculo duradouro (Barba *et*



*al.*, 2022). Nesse sentido, é necessária a associação de várias estratégias para potencializar o controle de fatores de risco para DCNTs e, nesse cenário, associar o conhecimento a novas tecnologias digitais para o cuidado à saúde pode favorecer um aumento do controle das DCNTs (Da Silva Santos *et al.*, 2022). Assim, observam-se abordagens preventivas na área da saúde com envolvimento de vários profissionais da área da saúde, atuando de forma a proporcionar estratégias e intervenções capazes de promover qualidade de vida, estimulando pacientes quanto à autonomia e à gestão de seus cuidados, oferecendo-se monitoramento de sinais e sintomas juntamente com práticas educativas sobre estilo de vida (De Sant’anna *et al.*, 2022).

Portanto, o gerenciamento de doenças crônicas pode ser realizado de forma remota por meio de aplicativos de internet, celulares e *smartphones*. Esse acompanhamento traz benefícios como desospitalização, diagnóstico precoce, aumento na expectativa de vida e melhor conforto (De Sant’anna *et al.*, 2022).

### 3.3 O CONCEITO DE TELESSAÚDE

Esta seção apresenta a história da Telessaúde no mundo e no Brasil, a partir de definições conceituais e sobre a mediação tecnológica com o uso tecnologias de informação e comunicação em saúde, além de sua aplicação para a saúde dos usuários portadores de DCNTs.

#### 3.3.1 O conceito de Telessaúde

A OMS define Telessaúde como a prestação de saúde por profissionais da área que utilizam Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para atividades relacionadas à saúde como diagnóstico, tratamento, prevenção das doenças e lesões, realizadas a distância, em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), além de pesquisa, avaliação e educação continuada dos profissionais de saúde (WHO, 1998).

Na literatura científica, existem vários termos para designar o uso de TIC em saúde como Telessaúde, Telemedicina, e-saúde. Sem uma consistência conceitual, possuem diversas definições entre diferentes autores (Maldonado; Marques; Cruz, 2016).

A Telemedicina pode ser compreendida como o uso das telecomunicações para fornecer atendimento clínico a distância aos pacientes pelo profissional médico. É o termo mais antigo da literatura, já estando indexado no *Medical Subject Headings* (MeSH),

enquanto a Telessaúde é um termo que deriva da Telemedicina e pode ser compreendido como ações com foco em promoção e educação em saúde realizadas por várias áreas profissionais. Os dois termos são frequentemente utilizados de forma permutável (Silva *et al.*, 2020). Assim, apesar de na literatura os termos Telessaúde e Telemedicina serem utilizados como intercambiáveis, nesse trabalho, optamos por utilizar o termo Telessaúde.

Outro termo utilizado é Telemonitoramento, que é um monitoramento de parâmetros de saúde e/ou doença realizado a distância por meio das TICs, visando a coleta de dados clínicos do paciente, a sua transmissão, o seu processamento e manejo por um profissional de saúde (Bashshur *et al.*, 2014; Brasil, 2023c).

### **3.3.2 Telessaúde no mundo**

A história da telessaúde é marcada por avanços tecnológicos e inovações na área da saúde, que começaram a se intensificar com o desenvolvimento das TICs. Os primeiros registros do uso de tecnologia de comunicação a distância remontam ao ano de 1347, com o uso de um Heliógrafo para comunicação a distância para delimitar as áreas afetadas pela Peste Bubônica (Narvaja, 2021).

No século XIX, com o desenvolvimento dos serviços postais, por meio do uso do telégrafo e do telefone, houve a troca de informações de saúde e das práticas médicas entre profissionais distantes uns dos outros (Narvaja, 2021). Em 1863, na Alemanha, Reis desenvolveu um aparelho capaz de converter a voz humana em impulsos elétricos que podiam ser reconstituídos aos tons, o que ele chamou de “Btelefon”. Em 1875, Gallows tentou criar um dispositivo chamado “ouvido mecânico”. Por fim, em 1876, Alexander Bell patenteou seu telefone e registrou as primeiras palavras que foram faladas através do dispositivo em um diário. Após o surgimento do telefone, várias cartas foram publicadas em periódicos e revistas médicas sugerindo vantagens e desvantagens do uso do telefone para a prestação de cuidados a distância (Mermelstein *et al.*, 2017).

Em 1905, foi transmitido o primeiro eletrocardiograma de um médico Polonês a outro profissional, sendo este então chamado de “tele-eletrocardiógrafo”, evento considerado como o princípio da telecardiologia. Em 1930, o Alasca e a Austrália já utilizavam o telégrafo e o telefone como parte integrante dos programas nacionais de transferência de dados médicos. Já no século XX, com a criação da televisão e radiocomunicação, houve uma maior troca de informações sobre saúde, possibilitando a comunicação via vídeo, sendo essa a base dos sistemas atuais de videoconferências (Narvaja, 2021).

Em 1950, com o desenvolvimento da televisão, a telemedicina teve um grande avanço a partir do uso da televisão em ambientes clínicos. Em 1964, o primeiro *link* de vídeo interativo foi estabelecido entre o Instituto Psiquiátrico de Nebraska e o Hospital do Estado de Nortfolk, distantes 180 km um do outro. Em 1967, ocorreu o protótipo do que hoje conhecemos como telemedicina interativa, que ligava a estação médica do aeroporto de Boston com o Hospital Geral de Massachusetts. Neste momento, os pesquisadores mostraram que era possível transmitir, através da televisão, registros médicos, exames de raio x e dados laboratoriais com sucesso (Zundel, 1996).

Nas décadas de 1960 e 1970, surgiram os primeiros projetos de telemedicina fora do âmbito hospitalar. Em 1964, o primeiro paciente participou de uma vídeo-consulta e a primeira conferência sobre telemedicina foi realizada em Boston (Narvaja, 2021).

A telemedicina teve sua origem a partir do desenvolvimento de uma pesquisa em telemetria realizada pela Administração Nacional De Aeronáutica e Espaço (NASA), em seu programa de voo espacial tripulado. Os cientistas estavam preocupados com o efeito da gravidade zero na saúde dos astronautas e desenvolveram um programa de telemetria para monitorizar funções fisiológicas como frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória. Mais tarde eles desenvolveram sistemas de suporte médico para diagnosticar e tratar emergências médicas (Bashur; Reardon; Shannon, 2000). Em 1973, a NASA e o Serviço de Saúde Indiano se uniram para oferecer serviços de saúde para os cuidados primários e radiologia via telemedicina, além de uma clínica de saúde móvel. Esse projeto ficou conhecido como “STARPHAC” (Tecnologia espacial aplicada a área rural de Papago) incluindo em seus serviços cuidados de saúde avançados (Zundel, 1996).

Em 1978, a definição de telemedicina, que antes focava no atendimento médico como única função, foi ampliada para Telessaúde, passando a incluir sistemas para dar suporte a assistência em saúde, fornecendo meios para possibilitar uma troca de informações mais eficaz e eficiente. Nesse novo modelo, a Telessaúde deveria abranger uma rede ampla de atividades relacionadas à saúde, incluindo educação de pacientes e profissionais de saúde, administração dos serviços de saúde e atendimento aos pacientes. Independentemente da terminologia, Telessaúde e telemedicina compartilham o uso da tecnologia e das telecomunicações para aprimorar o cuidado à saúde entre atores distantes geograficamente (Bashur; Reardon; Shannon, 2000).

Um grande avanço foi percebido com o uso de redes de computadores para comunicação entre hospitais, instituições de saúde e de pesquisa, estabelecimentos de referências, que passaram a utilizar a tecnologia ofertada na época para sua comunicação. Foi

nesse período que surgiram os primeiros projetos de telemedicina para atendimento a populações remotas. A partir de 1990, a internet trouxe grandes avanços na comunicação e informação em todo o mundo, em especial na saúde, facilitando o acesso, e as tecnologias digitais, com isso, começaram a revolucionar a Telessaúde, permitindo a comunicação em tempo real e a transmissão de dados médicos. A telemedicina se expandiu com o advento da teleconsulta e do telemonitoramento (WHO, 2023).

Em 1990, o Serviço de Saúde Marítimo de Seattle iniciou um serviço de telemedicina, de forma que um oficial médico a bordo de um navio de pesca no oceano pacífico poderia se comunicar com outro médico em Seattle conforme necessário, 24 h por dia. Esse sistema deu origem a um aplicativo de comunicação por vídeo chamado MedNet (Medical Consultation Network). Em 1994, foi realizado o primeiro teste de campo com esse aplicativo de videoconferência numa viagem de três meses pelo norte do pacífico. Esse sistema amplia a disponibilidade de atendimento médico de emergência a pacientes em viagens a locais remotos da terra (Zundel, 1996).

Em 1993, com a criação da American Telemedicine Association (ATA), sediada em Washington (DC), houve avanços significativos. A ATA é responsável pela publicação do “Telemedicine Journal and e-Health” e realiza eventos frequentes sobre telemedicina, além de um congresso anual para todos os seus membros. Na Inglaterra, houve o impulso da telemedicina pela Royal Society of Medicine, entidade que patrocina o “Journal of Telemedicine and Telecare”, cujo primeiro exemplar foi lançado em 1995. Esses dois jornais são considerados de fundamental importância e grande renome na área da Telessaúde. (Domingues *et al.*, 2014)

A partir dos anos 2000, com o desenvolvimento da internet 3G e o surgimento de *smartphones* mais tecnológicos como o IPAD, houve um grande desenvolvimento na área de telemedicina como o uso de assistentes digitais pessoais (PDA) na tomada de decisão clínica pelos profissionais de saúde (Mermelstein *et al.*, 2017). Surgiram novas vertentes da modalidade como a teleducação e a teleassistência. A integração com dispositivos móveis e a expansão de plataformas digitais melhoraram o acesso e a qualidade dos serviços (Ferreira; Martins, 2023).

Em 2005, a OMS, na 58ª Assembleia Mundial de Saúde, manifestou a importância do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) no favorecimento do acesso à saúde e elaborou as bases de uma estratégia de ciber-saúde, a ser implementada nos serviços. Em 2011, a OPAS aprovou a Estratégia e Plano de ação sobre e Saúde (Narvaja, 2021).

Em 2011, a OMS trouxe o conceito de MHealth, como intervenções que ocorrem por meio de dispositivos móveis, aparelhos de monitoramento de usuários nos serviços de saúde e dispositivos sem fio que constituam novas modalidades de assistência em saúde. Em 2016, a OMS reafirmou a Saúde Móvel (mHealth) como o uso de tecnologias móveis, sem fio, para a saúde pública (WHO, 2016).

Em 2019, com o surgimento da pandemia da Covid-19, a Telessaúde surgiu como uma modalidade importante de cuidado à saúde, principalmente em comunidades remotas e carentes. Diversos países do mundo utilizaram videochamadas para realizar a triagem de pacientes com suspeita de Covid-19. Além disso, foi utilizado o telemonitoramento por profissionais da saúde para acompanhar remotamente os pacientes. Ademais, alguns países, como a China, Itália e o Brasil, ofereceram consultas online e atendimento psicológico (Souza *et al.*, 2020).

Atualmente, a Telessaúde se concretizou como um componente essencial dos sistemas de saúde, especialmente durante a pandemia de COVID-19, que acelerou a adoção de tecnologias digitais para consultas médicas e monitoramento remoto, além do uso por vários outros profissionais de saúde, não se retendo somente a classe médica. Salienta-se principalmente o crescimento da inteligência artificial, que começou a ser aplicada para melhorar a precisão e a eficiência dos cuidados (Oliveira *et al.*, 2023).

Para Bashshur, Reardon e Shannon (2000), a Telessaúde, em geral, e a telemedicina, especificamente, utilizam tecnologias cada vez mais sofisticadas, comunicações eletrônicas, computação avançada e tecnologia telemática para a troca de informações médicas e de saúde. O conceito de telemedicina vem sofrendo grandes transformações que ocorrem simultaneamente na assistência médica e na tecnologia de formação.

Os avanços tecnológicos proporcionam uma melhor aquisição, manipulação, transmissão e armazenamento de dados. No entanto, a aplicação dessas tecnologias não está ocorrendo no vácuo. Particularmente, na telemedicina, elas representam uma mudança complexa e radical na prática tradicional de diagnóstico clínico e tratamento. A telemedicina substitui o tradicional encontro pessoal e presencial entre o paciente e médico e outros profissionais da saúde. Portanto, a telemedicina não é apenas uma inovação tecnológica, mas também sociocultural (Rosa; Garcia; Almeida, 2020; Bashshur; Reardon; Shannon, 2000).

### 3.3.3 Telessaúde no Brasil

A Telessaúde no Brasil tem início com registros que coincidem com o uso da telemedicina. Os primeiros registros do uso da telemedicina foram nos anos 1990, com o Disque Saúde. Este programa se iniciou em São Paulo–SP, como somente um serviço de informações, e posteriormente passou a ser um serviço de atendimento e marcação de consultas, difundindo-se para outras regiões do Brasil (Caetano *et al.*, 2020).

Em 1996, o INCOR lançou o serviço de ECG Home, cujo objetivo era monitorar os pacientes com eletrocardiograma a partir de seus próprios domicílios. Em 1998, foi criada a primeira disciplina dedicada ao estudo da Telemedicina pela Universidade de São Paulo (USP). Em 1998, foi criado o serviço de ECG via internet pelo INCOR. Em 1999, foi criada, pelo Hospital Sírio Libanês, uma sala de teleconferências e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) criou um laboratório de Telemedicina dentro do Centro de Informática em Saúde (Santos *et al.*, 2020).

No ano 2000, o Hospital Sírio Libanês, em parceria com o Hospital da Universidade John Hopkins, de Baltimore, nos Estados Unidos da América (EUA), realizou sua primeira telecirurgia. No ano de 2002, foi fundada a Associação Brasileira de Telemedicina e o Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde. Em 2005, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) elaborou um edital intitulado “Institutos do Milênio”, que inseriu a Telemedicina como um dos conjuntos temáticos de indução. O vencedor foi o Projeto de Telemedicina “Estação Digital Médica” coordenado pela FMUSP (Wen, 2018).

O grande marco da Telessaúde no SUS ocorreu em 2005, quando o Ministério da Saúde, em parceria com outras instituições, criou um projeto piloto chamado “Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio a APS no Brasil”. O projeto iniciou sua implantação em 2006, com a participação de nove universidades, cuja evolução culminou no que hoje é conhecido como Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde, com foco na APS, teleemergência, telediagnóstico e teleducação (Gebran Neto; Roman, 2022; Brasil, 2007c).

Em 2006, foram iniciadas as discussões para a formação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), que reuniu hospitais universitários liderados pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNEP) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MET). Essa rede foi instituída em 2007 e possibilitou a estruturação de redes de videoconferência para a realização de atividades educativas e reuniões entre hospitais (Monteiro *et al.*, 2015; Brasil, 2007c).

Somente em 2007 o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou as normas técnicas concernentes à digitalização e ao uso de os sistemas informatizados para guardar e manusear prontuários dos pacientes (CFM, 2007). Nessa linha, em 2010 foi criada a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de disponibilizar recursos educacionais para a capacitação dos profissionais de saúde. Já em 2011, foi redefinido e ampliado pelo MS, passando a ser chamado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que buscou incentivar a formação de Núcleos de Telessaúde, por meio de consórcios regionais de municípios (Brasil, 2010; Brasil, 2011b).

Apesar de todos esses avanços, somente em 2020, devido a seu uso na pandemia do Sars Cov 19, a Telessaúde ganhou notoriedade. O TeleSUS, serviço de teleconsulta do SUS, atendeu mais de 2 milhões de pessoas até o início de abril de 2020 (Brasil, 2020b). Assim, em 15 de abril de 2020, foi instituída a Lei n 13.989, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo Coronavírus (Brasil, 2021b).

Em 2021, o CFM regulamentou a emissão de documentos médicos eletrônicos, mas somente em 2022 houve a regulamentação definitiva da Telemedicina no Brasil (CFM, 2022). Em 2022, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou a prática de telenfermagem no Brasil por meio da Resolução 696/2022, estabelecendo regras para a atuação do(a) enfermeiro(a) para sua atuação em Telessaúde, tanto na iniciativa privada quanto na iniciativa pública. A prática de Telenfermagem compreende consulta de enfermagem, interconsulta, consultoria, monitoramento, educação em saúde e acolhimento à demanda espontânea por meio do uso das tecnologias da informação e comunicação (COFEN, 2022).

A teleconsulta tem se expandido em todo o mundo e no Brasil para além dos serviços médicos e de enfermagem, abrangendo também outras áreas da saúde, como a fisioterapia, nutrição e outras especialidades. Fisioterapeutas e Terapeutas ocupacionais, pela Lei estabelecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), podem utilizar a teleconsulta para realizar avaliações iniciais, orientar exercícios e acompanhar a evolução dos pacientes remotamente, proporcionando continuidade ao tratamento, mesmo em situações em que o deslocamento físico se torna inviável (COFFITO, 2020; Silva; Souza, 2023).

Em relação aos Nutricionistas, fundamentados pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), conseguem realizar consultas, fornecer orientações alimentares personalizadas aos pacientes e acompanhar a sua adesão aos planos nutricionais sem a necessidade de encontros presenciais. Outros profissionais de saúde, como psicólogos e

terapeutas ocupacionais, também têm encontrado na teleconsulta uma ferramenta valiosa para manter o acompanhamento de seus pacientes, especialmente durante períodos de distanciamento social. A regulamentação e a ampliação desses serviços foram essenciais para garantir a continuidade do cuidado em diversas áreas da saúde, conforme descrito no estudo de Silva e Souza (2023), que destaca a importância da Telessaúde para a inclusão de múltiplas especialidades no atendimento remoto (CFN, 2022; CFP, 2020; Lung, 2022).

### 3.4 TELESSAÚDE NO SUS E NA APS

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão e da Educação na saúde (DEGES), deu início aos primórdios da Telemedicina no SUS por intermédio de um Projeto Piloto de telemedicina e Telemática em apoio à APS no Brasil, buscando a formação de núcleos para desenvolver ações em saúde, já citado anteriormente. Após a instituição do Programa Nacional de Telessaúde pela Portaria GM 35, esse projeto piloto foi a ele vinculado, buscando desenvolver ações na forma de Educação Permanente da Saúde da Família, e contou com a experiência em telemedicina e Telessaúde das Universidades Públicas (Godinho *et al.*, 2022).

Em 2011, esse programa foi ampliado e intitulado Programa Nacional Telessaúde Brasil em Redes, que foi criado com o intuito de promover educação permanente para os profissionais de saúde da APS, especialmente da ESF. Esse programa oferece os serviços de teleconsultoria (consulta entre profissionais de saúde), teleducação (oferta de cursos, materiais didáticos, palestras aos profissionais) e telediagnóstico (apoio diagnóstico de profissionais de diversas especialidades) (Brasil, 2011b).

O programa conta com 23 Núcleos estaduais ou regionais de Telessaúde, vinculados a universidades federais. Já existem evidências que esse programa contribui para a maior resolubilidade do cuidado, redução de encaminhamentos a outros níveis de atenção, com diminuição das filas de espera, oferta de consultorias especializadas a profissionais que atuam em localidades remotas, diminuindo iniquidades em saúde e reduzindo custos relacionados a deslocamentos de pacientes (Sarti; Almeida, 2022).

O MS firmou convênios com a RNEP e com o MCT para utilização da Rede Universitária de Telemedicina a fim de integrar iniciativas de educação em saúde e estimular o desenvolvimento de núcleos de Telessaúde em locais remotos (Godinho *et al.*, 2022).

É notório destacar o Núcleo Técnico de Telessaúde do Rio Grande do Sul, da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul (Telessaúde RS-UFRGS), que ganhou escala



nacional em 2013 com o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e mais tarde com o Programa Mais Médicos (PMM), passando a oferecer capacitação e plantão de especialistas em APS para consultas síncronas (Godinho *et al.*, 2022; Katz *et al.*, 2020). Em 2020, com início da Pandemia de Covid-19, como uma estratégia de resposta, o Brasil instituiu novos serviços de Telemedicina como o TeleSUS, serviço que atendia e avaliava, em escala nacional e 24 horas por dia, pessoas suspeitas para a Covid-19, por meio de “*chatbots*” (um robô com respostas programadas) e atendimentos telefônicos realizados por profissionais de saúde no número 136 (Brasil, 2020c; Godinho *et al.*, 2022).

Além disso, foi instituído o TelePsi, um projeto em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para oferecer atendimento remoto em saúde mental para apoiar os profissionais da linha de frente do SUS. No mesmo ano, também entrou em vigor uma plataforma para que os profissionais da Estratégia Saúde da Família pudessem acompanhar os pacientes portadores de DCNTs, por meio de consultas virtuais, denominado “Consultório Virtual de Saúde da Família”, que foi descontinuado (Godinho *et al.*, 2022; SBP, 2020; COSEMS-SP, 2020).

Embora a Telessaúde no âmbito do SUS já tenha demonstrado sua grande importância, ainda não existe uma política pública estabelecida sobre essa ferramenta e, em decorrência disso, ocorrem dificuldades quanto ao financiamento das atividades desenvolvidas no seu âmbito (Brasil, 2020; Godinho *et al.*, 2022).

Em 2020, o MS lançou um documento intitulado Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028, que traz, entre suas ações, a promoção da Telessaúde, buscando sua integração aos serviços e processos de saúde. Além disso, busca a ampliação dos serviços de Telessaúde em diferentes locais de atendimento e níveis de complexidade, nas RAS (Brasil, 2020). Em 2022, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS Nº 1.348 (2022), que dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do SUS, regulamentando o emprego das tecnologias de informação e comunicação na assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e agravos, gestão e promoção de Saúde do cidadão (Brasil, 2022b).

Um estudo de Silva *et al.* (2021) destaca que as principais ações desenvolvidas pelo serviço de Telessaúde RS-UFRGS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 mostraram resultados satisfatórios, como um aumento significativo no número de teleconsultorias e a reorganização de uma equipe de resposta rápida à pandemia, com a criação de um serviço de telemonitoramento e teleconsulta e de materiais, como a elaboração de um manual para teleconsulta na APS.

#### 4 JUSTIFICATIVA

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas tanto na assistência ao paciente, quanto na gestão dos serviços de saúde. A criação e validação de um Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de pacientes com DCNT, que visa o controle de fatores de risco, a promoção do cuidado continuado e prevenção de desfechos desfavoráveis é de fundamental importância, visto que os sistemas de saúde do Brasil passam por dificuldades referentes ao desenvolvimento e à incorporação de políticas e tecnologias na saúde (Souza *et al.*, 2023).

Devido à magnitude das DCNTs na área da saúde e sua alta carga de morbimortalidade, associada aos gastos de saúde, compreende-se a necessidade de múltiplas respostas do sistema de saúde em busca do cuidado integral, continuado, coordenado e centrado no paciente, sem onerar demais o sistema. As tecnologias de Telessaúde podem representar um grande avanço na prestação de cuidados em saúde, ultrapassando barreiras físicas, ofertando intervenções efetivas, equitativas com um custo adequado, consolidando as redes de atenção à saúde a um custo menor que do cuidado presencial tradicional (Brasil, 2019).

A Telessaúde deve ser integrada na rotina de trabalho das equipes de saúde. O planejamento dessa ferramenta é essencial para a sua integração na prática assistencial. Cabe ressaltar que a Telessaúde deve ser dirigida às necessidades dos pacientes e aos profissionais e sistemas de saúde, sendo adaptada aos cenários de prática e às distintas realidades de cada área envolvida, sendo uma das principais razões para sua implementação a garantia de acesso, qualidade do serviço e diminuição de custos. Assim, ela se destaca, pois permite a redução de custos e de tempo, o acesso mais rápido a especialistas, a maior eficiência da gestão dos recursos de saúde, a redução de internações hospitalares, descentralização e ampliação de atendimento, possibilidade de capacitação com maior qualidade dos profissionais localizados fora de centros especializados (Harzheim *et al.*, 2019; Sin *et al.*, 2020).

O Protocolo desenvolvido no presente estudo propõe-se a ser um instrumento importante no processo de cuidado na APS, facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, estreitando o vínculo, mantendo a longitudinalidade do cuidado, auxiliando no projeto terapêutico dos pacientes, e aumentando a resolutividade da APS.

Esse protocolo de Telessaúde se justifica na medida que pode ampliar a garantia de acesso aos cuidados de saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, visto os grandes desafios da acessibilidade na APS atualmente, que abarcam

aspectos geográficos como a localização distante entre as unidades de saúde e residências, a infraestrutura inadequada, a indisponibilidade de transporte, além de os aspectos organizacionais (filas, tempo de espera para atendimento, barreiras para pessoas com deficiências, horário de atendimento pouco flexível) (Mendonça *et al.*, 2021).

Assim, esse protocolo se propõe a ser um instrumento que possibilite minimizar tais barreiras e garantir maior acessibilidade e satisfação para o usuário. Além de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, estreitando o vínculo, mantendo a longitudinalidade do cuidado, auxiliando no projeto terapêutico dos pacientes e aumentando a resolutividade na APS (Gomes de Almeida *et al.*, 2021; Pereira; Santos, 2023).

## 5 METODOLOGIA

A partir desta seção, apresentar-se-á a forma de aplicação metodológica deste estudo, por meio do detalhamento do tipo de pesquisa, das participantes do estudo e da amostra, dos critérios de inclusão e exclusão, das etapas desenvolvidas na pesquisa. São elas: revisão integrativa, elaboração do protocolo e validação do conteúdo.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico de caráter quantitativo, que visa o desenvolvimento de um Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde e a validação de seu conteúdo. O conjunto de técnicas metodológicas aplicadas permite o desenvolvimento de um protocolo confiável e preciso, para ser utilizado por outros pesquisadores ou profissionais de saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa metodológica é aquela em que o pesquisador busca a elaboração de um instrumento conciso que seja factível de ser aplicado por outras pessoas. Essa pesquisa pode ser enquadrada em qualquer disciplina científica, podendo ser utilizada em diversas situações como na saúde dos indivíduos, na qualidade de serviços de saúde, no comportamento dos indivíduos. Além disso, esse tipo de pesquisa tem a finalidade de desenvolver novos instrumentos por meio de métodos de obtenção e ordenamento de dados e delineamento de estudos, de maneira rigorosa. Também tem a finalidade de validar, avaliar e aplicar tais instrumentos (Polit; Beck, 2011). Quanto à pesquisa de caráter quantitativo, busca aplicar variáveis numéricas e estatísticas com confiabilidade e precisão, de modo a assegurar a generalização dos resultados e planejamento de ações.

### 5.2 ETAPAS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em três etapas. A primeira foi uma revisão integrativa da literatura, para fundamentar a construção do Protocolo de Telessaúde por meio da análise dos estudos incluídos na revisão para construção da primeira versão do Protocolo. A segunda etapa constitui-se da elaboração do protocolo para acompanhamento de usuários com DCNT na APS. A terceira etapa foi a validação de conteúdo do protocolo e a avaliação metodológica.

Para a validação do conteúdo do Protocolo de Telessaúde, foram associadas duas técnicas de validação: a técnica de Delphi e o instrumento de avaliação da metodologia de *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II), que avalia o rigor metodológico usado para o desenvolvimento do instrumento (Latorraca *et al.*, 2018).

### 5.3 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO E SEU OBJETIVO

Segundo Coluci, Alexandre e Milani (2015), a construção de um instrumento pode ser realizada por meio de busca na literatura, relatos da população-alvo, outros questionários já existentes, opinião de especialistas, observação clínica, teorias, resultados de pesquisa, entre outros. Além disso, a elaboração dos instrumentos deve ser pautada em um referencial teórico-científico que apresente um rigor metodológico.

Nesse sentido, a coleta de dados sobre as informações de saúde do usuário deve ser elaborada de modo organizado e verdadeiro. Para tanto, profissionais de saúde podem se utilizar de um roteiro estruturado que norteia a tomada de decisões. O uso do instrumento contribuirá para a seleção de informações que irão subsidiar as ações assistenciais (Rodrigues, 2017).

A construção de instrumentos na área da saúde deve basear-se nas características e especificidades do local de aplicação e dos indivíduos que serão assistidos, a fim de auxiliar no processo de decisão do profissional e otimizar a implementação do atendimento (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

### 5.4 PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para fundamentar este estudo, seguiram-se as diretrizes do protocolo AGREE II, desde a concepção da ferramenta, que preconiza a elaboração de uma revisão da literatura para embasamento da concepção dos protocolos. A revisão integrativa foi estruturada para investigação da existência de instrumentos, com a finalidade de fazer o acompanhamento/monitorização dos usuários com DCNTs, com base nos passos propostos por Souza, Silva e Carvalho (2010). A revisão foi conduzida em quatro etapas de investigação: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; extração de dados e análise crítica dos estudos incluídos.

No campo da saúde, a Revisão Integrativa de literatura baseia-se na sumarização de achados científicos, com o objetivo de compreender, realizar a análise metodológica dos

estudos e identificar os problemas, situações e vulnerabilidades relacionadas a um determinado tema (De Sousa; Bezerra; Egypto, 2023).

Durante a construção desta revisão, seis etapas distintas foram seguidas para identificação dos estudos: identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e de exclusão para a busca dos estudos na literatura; definição da informação a ser obtida dos estudos selecionados; avaliação das pesquisas incluídas; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (De Sousa; Bezerra; Egypto, 2023; Polit, Beck, 2011).

Como questão do estudo, a revisão foi fundamentada na seguinte pergunta norteadora: Quais as ações de monitoramento essenciais para acompanhamento de usuários com DCNT na APS?

A busca e seleção dos estudos foram realizadas por um pesquisador, de forma independente, obedecendo as seguintes etapas: uma triagem inicial, considerando apenas a leitura do título e resumo; e uma segunda etapa, considerando os critérios de elegibilidade após leitura completa dos textos. A elaboração da questão de pesquisa foi fundamentada na estratégia PICo (JBI, 2014), acrônimo para Problema, Fenômeno de Interesse e Contexto (Quadro 1).

Quadro 1 – Acrônimo PICo do estudo

PICo		Descrição
<b>P</b>	População	Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.
<b>I</b>	Fenômeno de interesse	Monitoramento de DCNT na APS.
<b>Co</b>	Contexto	Acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na APS.

Fonte: Adaptado JBI (2014).

O período de realização das consultas foi entre maio e junho de 2023. Para a seleção dos estudos que atendessem a questão da pesquisa, foram adotados critérios de inclusão e exclusão para os estudos selecionados. Os critérios de inclusão foram: estudos que priorizassem o atendimento na Atenção Primária à Saúde à usuários portadores de DCNT e realizassem acompanhamento/monitoramento desses usuários; artigos originais e disponíveis, estudos dos últimos cinco anos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola; e estudos com adultos e seres humanos. Os critérios de exclusão foram: textos de registros editoriais, notas

técnicas, cartas aos editores, comentários e resumos de congressos científicos, mesmo publicados em anais.

A busca dos artigos foi realizada mediante acesso e consulta eletrônica às seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED) via *National Library of Medicine*; e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

De maneira complementar, foi consultada a lista de referências dos artigos incluídos, de modo a garantir que qualquer referência adicional não foi perdida na busca eletrônica e foi devidamente encontrada. Para operacionalização do processo de busca, foram selecionados Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) que fossem indexados nos vocabulários e no *Medical Subject Headings (MeSH)*. Para combinação de termos, utilizaram-se os operadores booleanos “AND” e “OR”. O Quadro 2 descreve os Descritores Controlados (DC) e Descritores Não Controlados (DNC) utilizados para buscar os artigos.

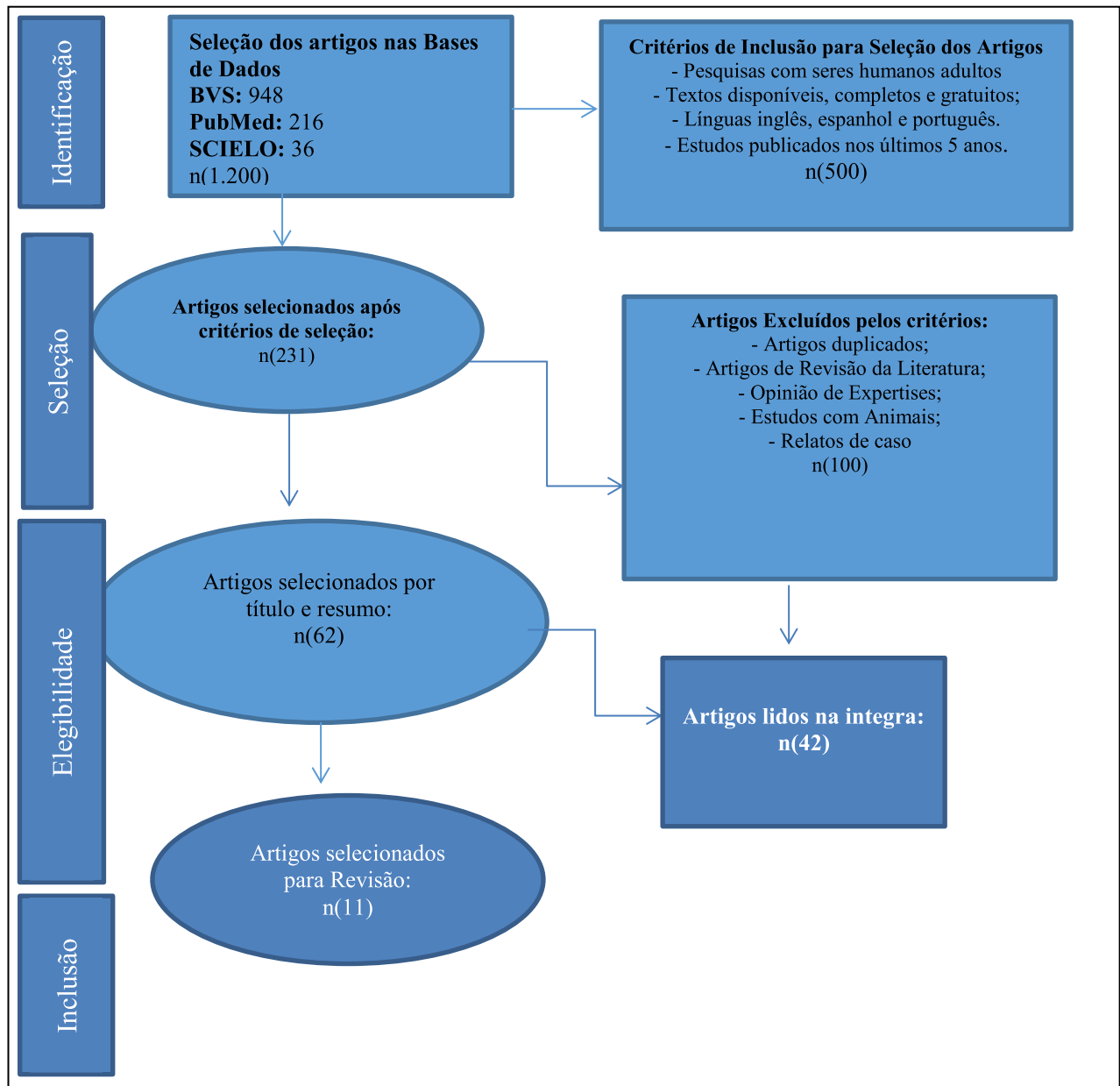
Quadro 2 – Descritores controlados, não controlados utilizados para buscar os artigos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2023.

Descritores em Ciências da Saúde		
<b>P</b>	DC	Monitoramento/acompanhamento
	DNC	Atenção Primária à Saúde, Atendimento Básico. Atendimento Primário de Saúde.
<b>I</b>	DC	Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Doenças não Transmissíveis
	DNC	Protocolos
<b>Co</b>	DC	Atendimento Primário
<i>Medical Subject Headings</i>		
<b>P</b>	DC	<i>Monitoring</i>
	DNC	<i>Primary Health Care</i>
<b>I</b>	DC	<i>Noncommunicable Diseases</i>
	DNC	<i>Primary Health Care</i>
<b>Co</b>	DC	Care, Primary Health Health Care, Primary
	DNC	Primary Healthcare Healthcare, Primary

Fonte: Dados do estudo (2023).

Os artigos incluídos na revisão integrativa são pesquisas que descrevem a avaliação e o monitoramento de DCNT na APS. A Figura 1 descreve a adaptação ao diagrama da busca e o número de artigos encontrados em cada base de dados utilizada.

Figura 1 – Adaptação do Diagrama de Pesquisas em Bases de Dados e Periódicos



Fonte: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED) via *National Library of Medicine* e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Após as buscas nas bases de dados, e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os artigos considerados relevantes para este estudo foram extraídos e descritos no Quadro 3, contendo a síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, por meio dos seguintes elementos extraídos: 1) nome do autor e ano de publicação; 2) doença crônica abordada; 3) itens usados na avaliação das DCNTs; 4) fatores de risco/aspectos abordados; e 5) profissionais envolvidos.



Quadro 3 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa. Minas Gerais, Brasil, (n= 11). 2023.

Ano e autores	Base de dados	Título do estudo	Doença crônica abordada	Metodologia usada na avaliação das DCNTs	Fatores de risco/aspectos abordados	Profissionais envolvidos
2023. CHANDRA, Ankit et al.	PubMed	Monitoring of Non-communicable Diseases in a Primary Healthcare Setting in India: A Quality Improvement Initiative-	Diabetes e Hipertensão.	Abordagem de monitoramento de coorte da Índia Hypertension Control Initiative; Análise espinha de peixe e um diagrama de fluxo do processo e o Plan-Do-Study-Act (PDSA).	Não houve monitoramento de fatores de risco. A conduta (Reorientação do fluxo processual do paciente em uma unidade de saúde urbana ou conduta medicamentosa) foi direcionada para Diabetes e Hipertensão.	Médicos, enfermeira e balconista.
2022. HESSELDAL, Laura et al.	BVS	Long-term Weight Loss in a Primary Care–Anchored eHealth Lifestyle Coaching Program: Randomized Controlled Trial	Obesidade	Ensaio controlado randomizado de 12 meses cujo grupo de intervenção recebeu uma Ferramenta e Health de registros diários, além de acompanhamento semanal por 6 meses e após mensal.	Medidas de Peso, IMC, pressão arterial, níveis de hemoglobina glicada, colesterol HDL, LDL e TG	Enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais.
2022. DRAEGER, Viviana Mariá et al.	Scielo	Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.	Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.	Triangulação de técnicas: entrevistas focadas, análise documental e banco de dados on-line (DATASUS)	Alimentação, atividade física, estilo de vida e autocuidado.	Enfermeiros
2022. HUSSEIN, Eman Sobhy Elsaid; AL-SHENQITI, Abdullah Mohammed; RAMADAN, Reda Mohamed El-Sayed.	PubMed	Applications of Medical Digital Technologies for Noncommunicable Diseases for Follow-Up during the COVID-19 Pandemic	Diabetes e Hipertensão	O estudo foi realizado Com questionário estruturado para coletar dados sociodemográficos para avaliar o acompanhamento de pacientes durante a pandemia de COVID-19 e Questionário de tecnologias digitais médicas: foi elaborado pelos pesquisadores em árabe para explorar as aplicações de tecnologias digitais médicas para o acompanhamento de DNTs.	Fumo, histórico familiar de DCNT, sono e alergias.	Médicos e enfermeiros.

2022. PRADO, Patric <i>et al.</i>	PubMed	Monitoring and evaluation platform for HEARTS in the Americas: improving population-based hypertension control programs in primary health care.	Hipertensão e Doença Cardiovascular	Plataforma de monitoramento e avaliação do HEARTS nas Américas	Fator de risco estruturais para Doença Cardiovascular-DCV. (fatores, incluindo questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais)	Grupo multidisciplinar que incluiu cientistas de dados, epidemiologistas, médicos de saúde pública, especialistas em melhoria da qualidade, informáticos, engenheiros da computação, especialistas no assunto, e assessores técnicos da OPAS.
2022. CORTES, Taciana Borges Andrade <i>et al.</i>	PubMed	Community-Based Interventions to Improve the Control of Non-Communicable Diseases in Underserved Rural Areas in Brazil: A Before-and-After Study	Diabetes e Hipertensão.	Intervenções educativas e médicas para aperfeiçoar o tratamento da hipertensão e diabetes. Intervenções multifacetadas para alcançar uma diminuição na taxa de DALY - anos de vida ajustados por incapacidade	Medidas de pressão arterial e hemoglobina glicada (HbA1c) no início e após as intervenções	Médicos, Enfermeiros, bioquímicos, técnicos de laboratório
2020 PLACIDELI, Nádia <i>et al.</i>	Scielo	Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services	Neoplasias, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus,	Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica 2014 (QualiAB).	Álcool, drogas, tabagismo e alimentação.	Gestores Municipais e Coordenadores de cada Unidade de Serviço.
2019 PRABHAKAR AN, Dorairaj <i>et al.</i>	PubMed	Effectiveness of an mHealth-Based Electronic Decision Support System for Integrated Management of Chronic Conditions in Primary Care: The WellCare Cluster-Randomized Controlled Trial-	Hipertensão e Diabetes.	mHealth	Tabaco, álcool e depressão. A conduta foi direcionada para Diabetes e Hipertensão (medicamentosa ou encaminhamento para outra Unidade de Saúde)	Médicos, Enfermeiros, Bioquímico e técnico de laboratório.

2018. NAIR, Divya et al.	BVS	Outcomes and Challenges in Noncommunicable Disease Care Provision in Health Facilities Supported by Primary Health Care System Strengthening Project in Sri Lanka: A Mixed-Methods Study.	Diabetes e hipertensão	Estudo explicativo de métodos mistos com Triagem Ativa de pacientes maiores de 35 anos com fatores de risco para DCNT, acompanhamento das características demográficas, avaliação de risco comportamental, medidas antropométricas, investigações bioquímicas, previsão de risco de DCV em 10 anos e encaminhamento para cuidados adicionais.	Tabagismo, consumo de álcool, peso, PA, Glicemia, creatinina, risco cardiovascular.	Profissionais de saúde
2018. MORRIS-PAXTON, Ângela A. et al.	BVS	Detection, referral and control of diabetes and hypertension in the rural Eastern Cape Province of South Africa by community health outreach workers in the rural primary healthcare project: Health in Every Hut.	Diabetes e hipertensão	Triagem, monitoramento e acompanhamento de saúde através de medidas antropométricas, pressão.	Pressão arterial, altura e peso.	Agentes comunitários de saúde
2018. XUE-JUAN, Wei et al.	BVS	Impact of an intelligent chronic disease management system on patients with type 2 diabetes mellitus in a Beijing community	Diabetes Mellitus tipo II	Estudo De análise retrospectiva de antes e depois da implantação de um sistema de gerenciamento de doenças crônicas em pacientes selecionados com DM Tipo II nas taxas de acompanhamento e exames laboratoriais.	Peso, HBA1c, LDL-c, HDL-C, TG, CT,	Profissionais da saúde

Fonte: Dados do estudo (2023).

## 5.5 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

A segunda etapa foi a elaboração do Protocolo de Telessaúde com base no resultado da revisão integrativa, seguindo as recomendações de um Guia para Elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas divulgado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019).

Sua construção foi baseada na inserção dos itens identificados como usados no monitoramento dos usuários pelos profissionais da APS, que pudessem ser adaptados para questionamento por telefone ou aplicativos de mensagem. Essas informações vieram da extração dos dados dos artigos incluídos na primeira etapa da pesquisa. A primeira versão do protocolo enviada aos especialistas era composta por 30 itens.

## 5.6 TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

A validação do instrumento foi realizada em duas etapas. A primeira foi para avaliar a adequação dos itens, quanto ao conteúdo e à sua forma de apresentação, sendo esta sua validação de conteúdo. A segunda etapa consistiu em avaliá-lo conforme a relação da avaliação pelo instrumento AGREE II. Nesse sentido, na terceira etapa, de validação de conteúdo, foram realizadas técnicas associadas, a técnica de Delphi e a Técnica de AGREE II (ANEXO A).

### 5.6.1 Técnica DELPHI

A técnica Delphi consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, a fim de obter consensos de especialistas sobre determinados temas por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (Marques; Freitas, 2018). Ressalta-se que a técnica é realizada por especialistas sobre a temática, que também podem ser chamados de “peritos ou juízes”, de forma coletiva.

Esses especialistas são selecionados a partir da sua competência na área, idioma e cultura, buscando-se especialistas que estejam inseridos numa mesma cultura e apresentem uma mesma percepção social, para evitar interpretações distintas, além de possuírem vasta experiência no objeto de estudo. É imprescindível o anonimato das identidades dos especialistas no estudo (Castro; Rezende, 2009).

O número de rodadas na técnica Delphi é definido por meio do alcance de um consenso final, entre todos os participantes do estudo, após sanadas todas as divergências

relativas às questões avaliadas. Na primeira rodada, os especialistas avaliam as questões, atribuindo valores quantitativos e justificando-os de forma qualitativa. Os pesquisadores analisam as respostas da primeira rodada, fazem os ajustes necessários e reenviam aos especialistas para uma nova rodada e assim sucede repetidamente até que se alcance um consenso sobre o objeto de estudo. Porém, devido à limitação do tempo necessário para a construção dos estudos, tem-se limitado o número de rodadas em duas a quatro, o que recebe o nome de Técnica Delphi Modificada (Coutinho *et al.*, 2013; Marques; Freitas, 2018).

Quanto ao nível de consenso, a Técnica Delphi permite aos especialistas realizarem a avaliação da primeira versão do protocolo proposto, seguindo as instruções de um formulário eletrônico disponibilizado no formato remoto com o aplicativo de gerenciamento de pesquisas *Google Forms*®, e seguirem as rodadas que a metodologia de Delphi define. Em relação ao nível de consenso, existe uma grande variabilidade de critérios encontrada na literatura e não existem regras bem delimitadas para o estabelecimento desses critérios.

Alguns autores defendem que se deva levar em conta o número de especialistas para estabelecimento do consenso, sendo que com o número de participantes igual ou menor que 5, todos devem concordar para ser representativo. Já no caso de 6 ou mais participantes, sugere-se uma taxa maior que 0,78 (Polit; Beck, 2006; Lynn, 1986).

Grisham (2009) sugere o valor de 0,8 como consenso, o que é um bom objetivo a ser alcançado, e destaca que mais importante que o consenso em si é a estabilidade das respostas a serem alcançadas. Alexandre e Coluci (2011) propõem valores recomendados de 0,90 ou mais, para estabelecimento do consenso. Outros autores sugerem que sejam quais forem os valores utilizados para se obter o consenso esses devem ser estabelecidos antes de o estudo começar (Silva; Tanaka, 1999). Nesse estudo, foi utilizado o valor de 90% de consenso, baseado em Alexandre e Coluci (2011).

### **5.6.2 Instrumento de Avaliação de Normas de Orientação Clínica - AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II)**

O instrumento original AGREE foi publicado em 2003, por um grupo internacional de peritos em Normas de Orientação Clínica (NOCs) (*AGREE Collaboration*). A partir do desenvolvimento do instrumento, o grupo teve como objetivo desenvolver uma ferramenta para avaliar a qualidade das NOCs. O *AGREE Collaboration* definiu como qualidade de uma NOC a confiança de que os potenciais vieses de desenvolvimento foram abordados de forma adequada, e que as recomendações apresentam validade interna e externa, fiáveis, o que

resultou num instrumento composto por 23 itens, abrangendo seis domínios de qualidade (Terrace, 2003).

O AGREE II é uma ferramenta destinada a contribuir com aqueles que usam e desenvolvem NOCs para avaliar a qualidade metodológica delas. Os NOCs “são afirmações desenvolvidas de forma sistemática para auxiliar as decisões do clínico e do doente acerca dos cuidados de saúde mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas” (Woolf *et al.*, 1999, p. 4).

O AGREE II é um instrumento de avaliação de normas de orientação clínica, composto por 23 itens, organizados em seis domínios, que são divididos da seguinte forma: 1. Escopo e objetivo; 2. Envolvimento das partes interessadas; 3. Rigor do desenvolvimento; 4. Clareza de apresentação; 5. Aplicabilidade; e 6. Independência editorial. Além disso, apresenta uma seção com Avaliação Global da Diretriz composta de duas questões: 1. Classifique a qualidade global da presente diretriz 2. Eu recomendaria o uso dessa diretriz. É um instrumento que foi desenvolvido para avaliar a qualidade das NOCs, disponibilizar uma estratégia metodológica para o desenvolvimento de NOCs, informar sobre como e qual é a informação que deve ser relatada na NOC, a fim de melhorar os cuidados em saúde (AGREE, 2017; Latorraca *et al.*, 2018).

Cada um dos domínios do AGREE II é avaliado numa escala de 7 pontos (de 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente). Na avaliação global, a pergunta sobre a qualidade global é avaliada numa escala de 1 a 7 pontos, sendo 1- Qualidade o mais baixa possível e 7- Qualidade o mais alta possível; e a questão sobre recomendação da diretriz é avaliada numa escala de 1 a 3, sendo: 1) Sim, 2) Sim, mas com modificações, e 3) Não. O Manual do Utilizador fornece orientações sobre como responder a cada item por meio da escala de classificação e também inclui três secções adicionais para facilitar a avaliação do utilizador (AGREE, 2017).

Nesse sentido, o instrumento AGREE II foi desenvolvido para tratar da variabilidade da qualidade de uma NOC. Para esse fim, o instrumento AGREE é uma ferramenta que afere o rigor metodológico e a clareza com que uma NOC é construída. Evidencia-se que o instrumento AGREE original foi revisto e melhorado, resultando no novo AGREE II (Brouwers *et al.*, 2010).

O instrumento AGREE tem como objetivos ofertar um quadro referencial para que se possa avaliar a qualidade das NOCs; disponibilizar uma estratégia metodológica para o desenvolvimento de NOCs; e, por fim, informar sobre como e qual é a informação que deve ser relatada. O AGREE II substitui o instrumento original como ferramenta preferencial e

pode ser utilizado como parte de um protocolo de qualidade global com o propósito de melhorar os cuidados de saúde (AGREE, 2009).

Para se calcular o valor do *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*, o qual avalia o rigor metodológico de um instrumento, foi calculada a pontuação dos domínios do AGREE II. A pontuação máxima e mínima é obtida a partir das fórmulas abaixo:

Pontuação Máxima = 7 (concordo totalmente) × 23 (itens) × n° (avaliadores) =

Pontuação Mínima = 1 (discordo totalmente) × 23(itens) × n° (avaliadores) =

Então, o cálculo da porcentagem total no domínio será:

Pontuação Obtida – Pontuação Mínima

---

Pontuação Máxima – Pontuação Mínima

A pontuação de 70,16% indica que aproximadamente 70,16% dos critérios avaliados no Agree II foram atendidos no resumo em questão.

A pontuação dos domínios auxilia na análise e comparação de diretrizes de alta e baixa qualidade e fornece subsídios para a recomendação ou não de uma diretriz, porém o consórcio do AGREE II não definiu pontuações mínimas para os domínios ou entre os domínios cabendo aos usuários do instrumento à avaliação das pontuações de acordo com o contexto no qual o instrumento está sendo utilizado (AGREE, 2009).

A Avaliação Global da diretriz também não possui definido uma pontuação mínima para classificar a diretriz quanto à baixa ou alta qualidade e à recomendação ou não da diretriz. Essa avaliação deve ser feita pelo usuário levando em consideração os critérios considerados no processo de avaliação.

Os mesmos participantes avaliaram o Protocolo através da Técnica Delphi e também da metodologia AGREE II. Foram convidados especialistas cuja elegibilidade foi considerada a partir de sua expertise na área em estudo, da formação, da qualificação, do tempo de atuação na área e da disponibilidade para responder o questionário que foi construído pelas pesquisadoras.

Diante da possibilidade de recusa em participar da pesquisa, foram convidados profissionais que atendiam ao seguinte critério de inclusão: ser profissionais da saúde atuantes por no mínimo 1 (um) ano na Atenção Primária e/ou Estratégia de Saúde da Família, no momento da participação neste estudo ou em período anterior). Esses profissionais foram convidados a partir de contato com os gestores dos municípios de Alfenas, Barbacena, Bias Fortes, Juiz de Fora e Santa Rita de Ibitipoca, todos localizados no estado de Minas Gerais. A

seleção dos municípios foi feita por conveniência, sendo considerado a viabilidade de contato e a colaboração dos profissionais de saúde desses locais, além da autorização dos gestores responsáveis pela Atenção Primária à Saúde em cada localidade. A escolha visou garantir uma amostra diversificada de contextos de APS, possibilitando uma análise mais abrangente da aplicabilidade e eficácia do Protocolo de Telessaúde desenvolvido para o acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Essa abordagem garantiu que os profissionais de diferentes regiões pudessem contribuir com suas experiências e perspectivas, enriquecendo a validação do protocolo.

Para cálculo do número de especialistas, foram adotados os critérios propostos por Pasquali (2009), Alexandre e Coluci (2011), os quais consideram uma quantidade entre 5 e 20 especialistas para validação e avaliação de um instrumento. Os gestores compartilharam o *link* com cerca de 200 profissionais atuantes na APS de seus municípios, e a coleta foi interrompida após 2 meses, quando foi atingido o número mínimo estipulado.

O convite foi enviado aos gestores para divulgação por meio de correio eletrônico (e-mail) e aplicativo de mensagens (APÊNDICE A), constando nesse a identificação do estudo, os objetivos e a apresentação das pesquisadoras, além do *link* para acesso ao formulário elaborado por meio da ferramenta do *Google Forms*<sup>®</sup> (APÊNDICE B) para validação.

O *Google Forms*<sup>®</sup> é um serviço, em forma de *software*, que possibilita criar, armazenar e compartilhar documentos em uma plataforma digital, sendo gratuito e de domínio público. Os participantes foram caracterizados por perguntas sobre o perfil do profissional: idade (anos); formação na graduação; tempo de formado na graduação, maior titulação (Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado), no caso dos que possuíam especialização/mestrado/doutorado em Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva; tempo de atuação na APS; e, ainda, continha solicitação de e-mail e do telefone de contato pessoal dos participantes do estudo, para que pudessem ser contactados para a próxima rodada conforme a técnica de Delphi.

## 5.7 PROCEDIMENTOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A avaliação de cada uma das questões do protocolo de Telessaúde era baseada na concordância do especialista com sua forma e seu conteúdo. Caso não concordassem, tinha um espaço para fazer sugestões. A solicitação era que as devoluções fossem feitas em um prazo de 15 dias, podendo ser estendido por mais 15, totalizando 30 dias.



Todo o processo de validação e sugestões para o instrumento não deveria levar mais de 1 hora. Isso porque, antes de cada etapa, eram apresentadas instruções detalhadas para o preenchimento correto, o que ajudava a facilitar as respostas e a cumprir o tempo previsto. Caso o participante tivesse que parar de responder o questionário, as respostas ficavam salvas e ele poderia retomar de onde parou.

Ainda no instrumento referente à validação do Protocolo de Telessaúde, o especialista tinha acesso a 25 perguntas do instrumento de avaliação do AGREE II, sendo 23 perguntas referentes aos 6 domínios e 2 perguntas indicativas à avaliação Global do Protocolo, que também deveriam ser respondidas. Após finalizar, bastava clicar na opção “enviar” e as respostas seriam registradas.

Os processos de validação deste estudo ocorreram nos meses de Abril de 2024 a Junho de 2024, com duas rodadas, sendo a primeira rodada nos meses de Março a Maio de 2024 e a segunda rodada nos meses de Maio a Junho de 2024. Após a validação, as pesquisadoras finalizaram a construção do Protocolo de Telessaúde para acompanhamento dos usuários com DCNTs na APS.

## 5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo seguiu a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>14</sup>, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos, e obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (número do parecer 6.581.953). (ANEXO B).

## 6 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão apresentados em formato de artigo, que, após a defesa e considerações da banca examinadora, será enviado para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva* (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>), Classificada como Qualis A1 (Classificação 2017-2020).

### **PROTOCOLO DE TELESSAÚDE PARA USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE TELEHEALTH PROTOCOL FOR USERS WITH CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE**

Raquel Maria de Oliveira Almeida<sup>1</sup>

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: [quelzinha.almeida@hotmail.com](mailto:quelzinha.almeida@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1104-0238>.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva. Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: [silviafisiojf@yahoo.com.br](mailto:silviafisiojf@yahoo.com.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2323-2029>.

## RESUMO

A prevenção, o controle e o tratamento das Doenças Crônicas exigem ações integradas e coordenadas entre o sistema de saúde, os profissionais, os indivíduos e a comunidade. O objetivo deste estudo foi elaborar e validar um Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo metodológico baseado nas diretrizes do AGREE II e na técnica Delphi para a validação de seu conteúdo. Participaram do estudo 34 especialistas. A maioria dos especialistas concordou com a inclusão dos itens e com sua forma de redação no questionário. Em relação a informações mais sensíveis e particulares, como "Identidade de Gênero" e "Renda Familiar", o percentual de concordância foi 82,4% e 97,1%. As questões com percentual de concordância inferior a 80% foram reformuladas segundo sugestões dos especialistas. A pontuação dos domínios do AGREE II foi aproximadamente 70,16%, indicando que este percentual, nos 6 aspectos, foi atingido. Em um segundo momento de

avaliação pelos especialistas, todas as questões atingiram 90% de concordância. Ao final, o protocolo foi elaborado e validado, podendo ser disponibilizado para uso pelas equipes de saúde da família no acompanhamento dos usuários com Doenças Crônicas na Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Protocolo; Telessaúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

## **ABSTRACT**

Prevention, control and treatment of chronic diseases require integrated and coordinated actions between the health care system, professionals, individuals and the community. The aim of this study was to develop and validate a telemedicine protocol for monitoring users with chronic non-communicable diseases in primary health care. This is a methodological study based on the AGREE II guidelines and the Delphi technique for content validation. Thirty-four experts participated in the study. Most of the experts agreed with the inclusion of the items and the way they were worded in the questionnaire. For more sensitive and specific information, such as "gender identity" and "family income," the percentage of agreement was 82.4% and 97.1%, respectively. Questions with less than 80% agreement were reformulated according to the experts' suggestions. The score for the AGREE II domains was approximately 70.16%, indicating that this percentage was achieved in all 6 aspects. In a second evaluation by the experts, all questions reached 90% agreement. In the end, the protocol was developed and validated and can be made available for use by family health teams in the follow-up of users with chronic diseases in primary care.

**Keywords:** Primary health care; protocol; telemedicine; chronic non-communicable diseases.

## **INTRODUÇÃO**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de adoecimento e mortalidade em todo o mundo, e foram responsáveis por aproximadamente 41 milhões dos óbitos globais no ano de 2016.<sup>1</sup> No Brasil, o cenário não é diferente, uma vez que aproximadamente 70% das mortes no país são causadas por DCNT, e estima-se que, até 2025, 15 milhões de pessoas morrerão em decorrência deste grupo de doenças.<sup>2</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como DCNT as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), neoplasias, doenças respiratórias crônicas, a Diabetes *Mellitus* (DM), Insuficiência Renal Crônica (IRC), as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Doenças Articulares (DA) e os Distúrbios Neuropsiquiátricos (DNP)<sup>3</sup>.

Diante disso, sabe-se que a prevenção, o controle e o tratamento das DCNTs exigem ações integradas e coordenadas entre os diversos pontos de atenção à saúde, profissionais, indivíduos e a comunidade, pois, além de causarem mortes, geram efeitos econômicos adversos para as famílias e o próprio sistema de saúde<sup>4</sup>. Como iniciativa para a redução das DCNT no Brasil, foi elaborado o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT” (PAEEDCNT), que prioriza o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral, além de controle dos fatores de risco<sup>5</sup>. Neste plano, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada nível de atenção importante na coordenação do cuidado, na garantia de acesso à saúde, na qualidade e continuidade da assistência aos usuários com DCNTs.<sup>6</sup>

A Telessaúde foi definida pela OMS em 1988 como o uso de tecnologias de informação e comunicação (TICS) por profissionais de saúde para prover cuidados de saúde como diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, em todos os níveis de atenção, de forma remota. Compreende também a educação continuada dos profissionais de saúde, pesquisa e avaliação.<sup>7</sup> Por oferecer uma abordagem promissora para a melhoria do acesso dos usuários ao cuidado, reduzindo barreiras, a Telessaúde apresenta potencial para transformar e organizar o sistema de saúde, reduzindo gastos, aumentando ganhos na qualidade, ampliando o acesso e a satisfação do usuário<sup>8</sup>. É um recurso importante para a continuidade do fornecimento de serviços essenciais de saúde, e vem ganhando cada vez mais visibilidade no contexto nacional, como uma alternativa eficaz para a prestação de serviços de saúde quando os atendimentos presenciais não são viáveis.<sup>8</sup>

Devido às DCNTs apresentarem alta carga de morbimortalidade e gerarem gastos consideráveis, são necessárias várias respostas do sistema de saúde a fim de buscar um cuidado mais integral, coordenado, longitudinal e centrado no usuário, sem aumento dos gastos do sistema. Nesse sentido, a Telessaúde se destaca como um avanço na prestação de cuidados, oferecendo intervenções efetivas e equitativas, ultrapassando as barreiras físicas e a um custo menor comparado ao cuidado tradicional, se consolidando assim entre as ações da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>8,9,10</sup>

Diante disso, é importante que se desenvolvam Políticas de Saúde direcionadas à implementação de ações de Telessaúde nas RAS, que devem ser efetivas, adaptáveis e

integradas, com fundamentação em evidências científicas, para a prevenção e o monitoramento das DCNT e seus fatores de risco.

Em tais Políticas, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de protocolos para padronização dos monitoramentos em Telessaúde para usuários com DCNT, em especial, na APS são fundamentais. Assim, o objetivo do presente estudo foi elaborar e validar o conteúdo de um Protocolo para Telessaúde de Monitoramento de DCNT para usuários da APS, com possibilidade de aplicação por qualquer profissional da equipe.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo metodológico quantitativo. A pesquisa metodológica é aquela em que o pesquisador busca a elaboração de um instrumento conciso, factível de ser aplicado em diversos cenários. Essa pesquisa pode ser enquadrada em qualquer disciplina científica, podendo ser utilizada em diversas situações como na saúde, qualidade de serviços e no comportamento dos indivíduos<sup>11</sup>. Para determinação do número de participantes do processo de validação de conteúdo, foram adotados os critérios propostos por Pasquali<sup>12,13</sup> que consideram uma quantidade entre 6 e 20 especialistas para a avaliação e validação do instrumento.

Este estudo seguiu a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>14</sup>, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos, e obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (número do parecer 6.581.953).

A pesquisa foi realizada em três etapas. A primeira etapa foi uma revisão integrativa da literatura para fundamentar a construção do protocolo de Telessaúde por meio da análise dos estudos incluídos na revisão. A segunda etapa constituiu-se da elaboração do protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS. Por fim, a terceira etapa foi a validação de seu conteúdo. Para a validação do conteúdo do protocolo para Telessaúde, foram associadas duas técnicas de validação: a técnica de Delphi<sup>15</sup> para a validação de conteúdo e o instrumento AGREE II<sup>16</sup> para a avaliação final do protocolo.

A revisão integrativa foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED) e *National Library of Medicine e Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados na estratégia de busca os descritores a seguir, com seus correspondentes em inglês: Monitoramento (Monitoring); Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Non Communicable

Diseases) e Atenção Primária a Saúde (Health Primary Care). Foram incluídas produções publicadas entre os anos de 2018 e 2023, e extraídos dados referentes à doença crônica abordada, metodologia de avaliação da DCNT, fatores de risco monitorados e profissionais envolvidos no monitoramento.

Foram selecionadas produções em português e inglês, com o texto disponível na íntegra, gratuitamente, relacionados com o monitoramento de DCNT na APS. A busca foi norteada pela pergunta PICO: P: Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde; I: Monitoramento de DCNT na APS; e O: Acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na APS.

A validação de conteúdo do protocolo foi realizada pela Técnica Delphi<sup>15</sup>. Esta técnica consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, a fim de obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos<sup>12,13-15</sup>. Possui algumas características importantes: anonimato dos participantes, fornecimento de *feedbacks* pelos participantes, construção das respostas e reenvio ao grupo, possibilidade de alteração e modificação das respostas.<sup>12,15</sup> Permite a obtenção do julgamento de um grupo de especialistas a respeito de um determinado tema de interesse, em que eles avaliam um instrumento/questionário individualmente e em várias rodadas, com circulação do resumo das opiniões do grupo a cada rodízio, até o alcance de um consenso, considerado quando as respostas atingem mais de 90% de concordância entre os participantes<sup>13,15</sup>.

A construção da primeira versão do protocolo foi por duas pesquisadoras independentes, baseada no resultado da revisão integrativa. A primeira versão foi encaminhada para profissionais de saúde de nível superior que atuassem há no mínimo 1 (um) ano na APS.

O contato com os profissionais foi realizado por correio eletrônico (e-mail) e/ou aplicativo de mensagem. Foram convidados cerca de 200 profissionais de saúde da APS de 5 municípios, a partir de autorização dos gestores responsáveis. A seleção dos municípios foi feita com base na autorização dos gestores responsáveis pela Atenção Primária à Saúde em cada localidade. Os cinco municípios escolhidos para participar do estudo, considerando a viabilidade de contato e a colaboração dos profissionais de saúde desses locais. A escolha visou garantir uma amostra diversificada de contextos de APS, possibilitando uma análise mais abrangente da aplicabilidade e eficácia do Protocolo de Telessaúde desenvolvido para o acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Essa abordagem garantiu que os profissionais de diferentes regiões pudessem contribuir com suas experiências e perspectivas, enriquecendo a validação do protocolo.

A mensagem continha um convite para participação no estudo, com sua identificação, seus objetivos e a apresentação das pesquisadoras, assim como o *link* para acesso ao formulário elaborado na ferramenta do *Google Forms*<sup>®</sup> e as orientações para o seu preenchimento. Antes de acessar o formulário, o participante deveria clicar em “Concordo em Participar”, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

O instrumento de coleta de dados foi composto de três seções de avaliação do protocolo. A primeira seção continha as informações referentes ao perfil dos profissionais de saúde: idade, formação na graduação, tempo de conclusão da graduação, maior titulação, especialização em Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva e tipo de atuação, considerando gestão, assistência, docência ou pesquisa. Na segunda seção, o participante foi convidado a ler e analisar as perguntas do protocolo em relação a sua forma e seu conteúdo. Caso não concordasse com a apresentação, o participante tinha um espaço para escrever suas sugestões para a melhoria da questão.

Na terceira seção, o especialista tinha acesso a 25 perguntas do instrumento de avaliação do AGREE II<sup>16</sup>. O instrumento original AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) foi desenvolvido em 2003 por um grupo internacional de peritos em *NOCs*, o *AGREE Collaboration*, para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. Posteriormente, o documento foi aperfeiçoado, dando origem ao AGREE II, um instrumento que avalia o rigor metodológico e a transparência com que uma diretriz/protocolo é desenvolvida. É composto por 23 itens organizado em 6 domínios (escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade, independência editorial), além de 2 itens de avaliação global da diretriz/protocolo (classificação global da diretriz e recomendação).<sup>16</sup> A avaliação global é um escore de 1 a 7 (sendo 1 qualidade o mais baixa possível e 7 qualidade o mais alta possível) e a recomendação é avaliada em escala like de “Sim, recomendaria”, “Sim, recomendaria com ressalvas” e “Não recomendaria”.

Para se calcular o valor total obtido pela avaliação, foi calculada a pontuação máxima e mínima de cada domínio do AGREE II, conforme o que é sugerido pelo próprio instrumento. A pontuação máxima e mínima é obtida a partir das fórmulas: Pontuação Máxima =  $7 \times 23 \times 34 = 5.474$ ; Pontuação Mínima =  $1 \times 23 \times 34 = 782$ . Ao final, é calculado um percentual comparativo, e quanto maior o percentual total e em cada domínio, melhor é a avaliação da diretriz/protocolo<sup>16</sup>.

As características dos participantes foram analisadas de maneira descritiva, por valores de média e desvio padrão, para variáveis contínuas, e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. O percentual de concordância entre as respostas da avaliação do questionário também foi calculado de maneira descritiva.

## RESULTADOS

A revisão integrativa localizou 1200 artigos, sendo excluídos 969, por serem artigos duplicados, artigos de revisão de literatura, opinião de expertises, estudos com animais e relatos de caso. Foram selecionados por título e resumo 62 artigos, sendo excluídos 20 e 42 lidos na íntegra, dos quais foram incluídos 11 para análise. O fluxograma foi submetido como material suplementar. As informações extraídas dos artigos finais estão inseridas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Estudos selecionados para revisão integrativa. Minas Gerais, Brasil. 2023. (n=11).

Autores e Ano	Base de Dados	Título do Estudo	Doença Crônica abordada	Metodologia usada na avaliação das DCNT	Fatores de risco/aspectos abordados	Profissionais envolvidos
.CHANDRA, Ankit <i>et al.</i> 2023.	PubMed	Monitoring of Non-communicable Diseases in a Primary Healthcare Setting in India: A Quality Improvement Initiative-	Diabetes e Hipertensão.	Abordagem de monitoramento de coorte da Índia Hypertension Control Initiative; Análise espinha de peixe e um diagrama de fluxo do processo e o Plan-Do-Study-Act (PDSA).	Não houve monitoramento de fatores de risco. A conduta (Reorientação do fluxo processual do paciente em uma unidade de saúde urbana ou conduta medicamentosa) foi direcionada para Diabetes e Hipertensão.	Médicos, enfermeira e balconista.



<p>HESSEL DAL, Laura <i>et al.</i> 2022.</p>	<p>BVS</p>	<p>Long-term Weight Loss in a Primary Care–Anchored eHealth Lifestyle Coaching Program: Randomized Controlled Trial</p>	<p>Obesidade</p>	<p>Ensaio controlado randomizado de 12 meses cujo grupo de intervenção recebeu uma Ferramenta e Health de registros diários, além de acompanhamento semanal por 6 meses e após mensal.</p>	<p>Medidas de Peso, IMC, pressão arterial, níveis de hemoglobina glicada, colesterol HDL, LDL e TG</p>	<p>Enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais</p>
<p>DRAEGER, Viviana Mariá <i>et al.</i> 2022.</p>	<p>SciELO</p>	<p>Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.</p>	<p>Triangulação de técnicas: entrevistas focadas, análise documental e banco de dados online (DATASUS).</p>	<p>Alimentação, atividade física, estilo de vida e autocuidado.</p>	<p>Enfermeiros</p>

HUSSEIN, <i>et al.</i> 2022.	PubMed	Applications of Medical Digital Technologies for Noncommunicable Diseases for Follow-Up during the COVID-19 Pandemic	Diabetes e Hipertensão.	O estudo foi realizado Com questionário estruturado para coletar dados sociodemográficos para avaliar o acompanhamento de pacientes durante a pandemia de COVID-19 e Questionário de tecnologias digitais médicas: foi elaborado pelos pesquisadores em árabe para explorar as aplicações de tecnologias digitais médicas para o acompanhamento de DNTs.	Fumo, histórico familiar de DCNT, sono e alergias.	Médicos e enfermeiros.
PRADO, Patricia <i>et al.</i> 2022.	PubMed	Monitoring and evaluation platform for HEARTS in the Americas: improving population-based hypertension control programs in primary health care	Hipertensão e Doença Cardiovascular	Plataforma de monitoramento e avaliação do HEARTS nas Américas.	Fator de risco estruturais para Doença Cardiovascular- DCV. ( fatores, incluindo questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais)	Grupo multidisciplinar que incluiu cientistas de dados, epidemiologistas, médicos de saúde pública, especialistas em melhoria da qualidade, informáticos, engenheiros da computação, especialistas no assunto, e assessores técnicos da OPAS.

CORTES , Taciana Borges Andrade et al. 2022.	PubM ed	Community- Based Interventions to Improve the Control of Non- Communicable Diseases in Underserved Rural Areas in Brazil: A Before-and- After Study-	Diabetes e Hipertensão.	Intervenções educativas e médicas para aperfeiçoar o tratamento da hipertensão e diabetes. Intervenções multifacetadas para alcançar uma diminuição na taxa de DALY - anos de vida ajustados por incapacidade.	Medidas de pressão arterial e hemoglobina glicada (HbA1c) no início e após as intervenções	Médicos, Enfermeiros, bioquímicos, técnicos de laboratório
PLACID ELI, Nádia et al. 2020	Scielo	Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services	Neoplasias, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus.	Questionário de Avaliação e Monitorament o de Serviços de Atenção Básica 2014 (QualiAB).	Álcool, drogas, tabagismo e alimentação.	Gestores Municipais e Coordena- dores de cada Unidade de Serviço.
PRABH AKARA N, Dorairaj et al 2019	PubM ed	Effectiveness of an mHealth- Based Electronic Decision Support System for Integrated Management of Chronic Conditions in Primary Care: The mWellcare Cluster- Randomized Controlled Trial-	Hipertensão e Diabetes.	mHealth	Tabaco, álcool e depressão. A conduta foi direcionada para Diabetes e Hipertensão (medicamento sa ou encaminha- mento para outra Unidade de Saúde)	Médicos, Enfermei- ros, Bioquímico e técnico de laboratório.

NAIR, Divya et al. 2023	BVS	Outcomes and Challenges in Noncommunicable Disease Care Provision in Health Facilities Supported by Primary Health Care System Strengthening Project in Sri Lanka: A Mixed-Methods Study.	Diabetes e hipertensão	Estudo explicativo de métodos mistos com Triagem Ativa de pacientes maiores de 35 anos com fatores de risco para DCNT, acompanhamento das características demográficas, avaliação de risco comportamental, medidas antropométricas, investigações bioquímicas, previsão de risco de DCV em 10 anos e encaminhamento para cuidados adicionais.	Tabagismo, consumo de álcool, peso, PA, Glicemia, creatinina, risco cardiovascular.	Profissionais de saúde.
MORRIS - PAXTON, Angela A. et al. 2018.	BVS	Detection, referral and control of diabetes and hypertension in the rural Eastern Cape Province of South Africa by community health outreach workers in the rural primary healthcare project: Health in Every Hut.	Diabetes e hipertensão.	Triagem, monitoramento e acompanhamento de saúde através de medidas antropométricas, pressão.	Pressão arterial, altura e peso.	Agentes comunitários de saúde

Fonte: Dados do estudo (2023).

A partir dos itens identificados pela revisão da literatura, foi elaborada a primeira versão do protocolo, com 30 questões, e enviada aos especialistas. Entre todos os profissionais que receberam o convite para participar, 34 retornaram a avaliação do instrumento. Após avaliação das respostas desses participantes, as questões que obtiveram

menos de 90% de percentual de concordância entre as avaliações foram reenviadas aos especialistas para nova avaliação, sendo reavaliadas por 25 especialistas, não obtendo resposta de 9 dos participantes iniciais. Os especialistas que participaram da pesquisa foram ou são todos profissionais atuantes na Atenção Primária, e suas características são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características da amostra de especialistas participantes do estudo.

Característica	Média ( $\pm$ desvio-padrão)	N (%)
Idade (anos)	36,00 ( $\pm$ 9,00)	
Tempo de Formatura (anos)	11,0 ( $\pm$ 8,00)	
Titulação		
Graduação		7 (20,5%)
Especialização		22 (64,7%)
Mestrado		5 (14,8%)
Especialização em Saúde da Família/Pública/Coletiva		
Sim		15 (45%)
Não		19 (55%)
Tempo de atuação na APS (anos)	8,0 ( $\pm$ 7,00)	
Formação Profissional		
Enfermagem		10 (32,1%)
Odontologia		5 (16,1%)
Medicina		5 (16,1%)
Farmácia		3 (9,7%)
Fisioterapia		3 (9,7%)
Nutrição		2 (6,5%)
Fonoaudiologia		1 (3,2%)
Psicologia		1 (3,2%)
Serviço Social		1 (3,2%)

Fonte: Dados do estudo, 2024.

As versões originais das questões, as questões reformuladas e o percentual de concordância são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Percentual de concordância das questões dos especialistas. Minas Gerais, Brasil, 2024.

Pergunta	Concorda com o conteúdo/forma da pergunta?			
	1ª avaliação (34 especialistas participantes)		2ª avaliação (25 especialistas participantes)	
	Sim	Não	Sim	Não
Seção 1: Caracterização do Usuário				
1. Nome completo (com letra de forma e sem abreviatura)	34 (100%)			
2. Data de Nascimento	34 (100%)			
3. Identidade de Gênero ( ) Cisgênero Feminino ( ) Cisgênero Masculino ( ) Transgênero ( ) Não Binário ( ) Prefere não relatar	28 (82,4%)	6 (17,6%)		
Questão Reformulada: Identidade de Gênero (modo como o usuário se reconhece em relação ao gênero) ( ) Cisgênero Feminino (se identifica com o gênero que nasceu, no caso feminino) ( ) Cisgênero Masculino (se identifica com o gênero que nasceu, no caso masculino) ( ) Transgênero (não se identifica com o gênero que nasceu) ( ) Não Binário (não se reconhece em nenhum gênero) ( ) Outros ( ) Prefere não relatar			25 (100%)	
4. Renda Familiar (em número de salários- mínimos) ( ) menor que 1 salário-mínimo ( ) entre 1 e 3 salários-mínimos ( ) entre 3 e 5 salários-mínimos ( ) acima de 5 salários-mínimos	33 (97,1%)	1 (2,9%)		
5. Cor autorreferida ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Outra	33 (97,1%)	1 (2,9%)		
6. Grau de Instrução ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior	32 (94,1%)	2 (5,9%)		
7. Profissão/Ocupação	34 (100%)			
8. Possui Doenças Crônicas Não Transmissíveis com diagnóstico médico? ( ) Sim ( ) Não	30 (88,2%)	4 (11,8%)		
Questão Reformulada: Possui Doenças Crônicas Não Transmissíveis com diagnóstico médico ou autorreferidas? (Doenças com causa incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de tempo e associadas a deficiências ou incapacidade, como, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar, doenças osteoarticulares, transtornos mentais) ( ) Sim ( ) Não			25 (100%)	

9. Número do Cartão SUS	31 (91,2%)	3 (8,8%)
10. Endereço Completo	34 (100%)	
Seção 2: Avaliação da DCNT diagnosticada no usuário e fatores de risco		
1. Mediu a pressão arterial no último mês? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	33 (97,1%)	1 (2,9%)
2. Caso tenha medido, a pressão estava alterada (acima de 140x90mmHg)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	33 (97,1%)	1 (2,9%)
3. Mediu a glicemia capilar no último mês? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	33 (97,1%)	1 (2,9%)
4. Caso tenha medido, a glicemia estava alterada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	34 (100%)	
5. Sabe o valor do seu peso e altura? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	32 (94,1%)	2 (5,9%)
6. Sabe o valor do seu IMC? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	29 (85,3%)	5 (14,7%)
7. IMC está alterado (abaixo de 18,5kg/m <sup>2</sup> ou acima de 24,9kg/m <sup>2</sup> )? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	30 (88,2%)	4 (11,8%)
Questão Reformulada: As Questões 6 e 7 foram retiradas e substituídas por questão única. O próprio profissional irá calcular o IMC de acordo com peso e altura informados pelo usuário anteriormente, e classificará dentro dos padrões: Peso/altura <sup>2</sup> : kg/m <sup>2</sup> Classificação ( ) Eutrófico – IMC 18,5 a 24,9 ( ) Sobrepeso – IMC 25 a 29,9 ( ) Obesidade – IMC acima de 30		25 (100%)
8. Sabe o valor da sua circunferência abdominal? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	29 (85,3%)	5 (14,7%)
Questão Reformulada: Sabe o valor da sua circunferência abdominal? (Se não sabe e possui uma fita métrica, realize a medição, utilizando a fita, passando ao redor da barriga, em cima do umbigo). Após a informação do valor, o aplicador faz a classificação, considerando alterado ( ) Mulher acima de 80cm ( ) Homem acima de 90cm		25 (100%)
9. Circunferência abdominal está alterada (homens > 90 cm, mulheres > 80 cm)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	29 (85,3%)	5 (14,7%)
Questão Reformulada: Questão retirada		25 (100%)

10. Pratica algum tipo de atividade física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	33 (97,1%)	1 (2,9%)
11. A prática de atividade física é regular (pelo menos 3 vezes na semana por 30 minutos)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	34 (100%)	
12. Consome bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	32 (94,1%)	2 (5,9%)
13. Quantidade de bebida alcoólica consumida na semana (se sim)?	34 (100%)	
14. Fuma? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	31 (91,2%)	3 (8,8%)
15. Quantos cigarros fumam por dia (se sim)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	34 (100%)	
16. Consome frituras e alimentos ultraprocessados? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	32 (94,1%)	2 (5,9%)
17. Utiliza drogas ilícitas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	31 (91,2%)	3 (8,8%)
18. Tem sono reparador, sem dificuldade para dormir ou acordar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	33 (97,1%)	1 (2,9%)
19. Tem diagnóstico de Transtorno de ansiedade e/ou Transtorno depressivo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	32 (94,1%)	2 (5,9%)
20. Considera sua saúde mental boa? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	34 (100%)	
21. Consegue gerenciar seu autocuidado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	34 (100%)	
22. Possui rede de apoio como família ou amigos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	33 (97,1%)	1 (2,9%)
23. Foi à UBS nos últimos 3 meses e passou por consulta? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	32 (94,1%)	2 (5,9%)
24. Teve alguma intercorrência nos últimos 3 meses que necessitou de internação hospitalar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	31 (91,2%)	3 (8,8%)
25. Faz uso contínuo de medicações para doenças crônicas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	33 (97,1%)	1 (2,9%)
26. Realizou exames de sangue nos últimos 6 meses? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	34 (100%)	
27. Caso tenha realizado o exame, a creatinina estava alterada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu	29 (85,3%)	5 (14,7%)
Questão Reformulada: Caso tenha o exame, pode informar o valor da	24 (96%)	1



creatinina? O profissional de saúde que avaliou sua creatinina disse se ela estava alterada? (perguntar ao usuário sobre a informação dada, em relação aos resultados dos exames, pelo profissional que o atendeu e acessou os resultados)			(4%)
Valor da Creatinina: Estava alterada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu			
28. Caso tenha realizado o exame, o colesterol estava alterado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	30 (88,2%)	4 (11,8%)	
Questão Reformulada: Caso tenha o exame, pode informar o valor do colesterol? O profissional de saúde que avaliou seu colesterol disse se ele estava alterado? (perguntar ao usuário sobre a informação dada, em relação aos resultados dos exames, pelo profissional que o atendeu e acessou os resultados)		24 (96%)	1 (4%)
Valor do Colesterol: Estava alterado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu			
29. Caso tenha realizado o exame, os triglicerídeos estavam alterados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	29 (85,3%)	5 (14,7%)	
Questão Reformulada: Caso tenha o exame, pode informar o valor dos triglicerídeos? O profissional de saúde que avaliou seus triglicerídeos disse se ele estava alterado? (perguntar ao usuário sobre a informação dada, em relação aos resultados dos exames, pelo profissional que o atendeu e acessou os resultados)		24 (96%)	1 (4%)
Valor dos Triglicerídeos: Estava alterado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu			
30. Caso tenha realizado o exame, a glicose estava alterada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	31 (91,2%)	3 (8,8%)	

Os resultados indicam que, de forma geral, os especialistas foram favoráveis à continuação dos itens no questionário, sugerindo uma aceitação positiva do protocolo. As questões com percentual de concordância menor que 90% foram reenviadas aos especialistas em nova versão, para nova avaliação. Após esta segunda avaliação, foi construída a versão final do protocolo, com 28 questões, apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2.** Protocolo finalizado após validação pelos especialistas. Minas Gerais, Brasil, 2024.

<b>Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à saúde (PADCNT).</b>	
<b>Caracterização do Usuário</b> (estas informações são obtidas diretamente com o usuário ou seu cuidador).	
<b>1. Nome completo</b> (com letra de forma e sem abreviatura):	
<b>2. Data de Nascimento:</b> / /	
<b>3. Identidade de Gênero</b> ( <b>Modo como a pessoa se reconhece em relação ao seu gênero</b> ): ( ) cisgênero Feminino (se identifica com o gênero que nasceu, no caso feminino). ( ) cisgênero Masculino (se identifica com o gênero que nasceu, no caso masculino). ( ) transgênero (não se identifica com o gênero que nasceu). ( ) não Binário (não se reconhece em nenhum gênero ou transita entre eles). ( ) outros. ( ) prefere não relatar.	
<b>4. Renda Familiar (em número de salários-mínimos):</b> ( ) menor que 1 salário-mínimo. ( ) entre 1 e 3 salários-mínimos. ( ) entre 3 e 5 salários-mínimos. ( ) acima de 5 salários-mínimos.	
<b>5. Cor autorreferida:</b> ( ) branca. ( ) preta. ( ) parda. ( ) outra.	
<b>6. Grau de instrução:</b> ( ) analfabeto. ( ) Ensino Fundamental incompleto. ( ) Ensino fundamental completo. ( ) Ensino Médio incompleto. ( ) Ensino Médio Completo. ( ) Ensino Superior.	
<b>7. Profissão/Ocupação:</b>	.
<b>8. Doenças Crônicas Não Transmissíveis com diagnóstico médico ou autorreferidas</b> (doenças que têm uma causa incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de tempo e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais, como exemplos podem citar <b>diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar, doenças osteoarticulares, transtornos mentais</b> ):	
<b>9. Número do Cartão SUS:</b>	.
<b>10. Endereço completo:</b>	.
<b>Acompanhamento das doenças crônicas e fatores de risco pelas perguntas a seguir (estas informações são obtidas diretamente com o usuário ou seu cuidador)</b>	
<b>1. Você mediu sua pressão arterial no último mês?</b> (o usuário pode considerar medir em casa, com aparelho próprio, farmácias ou na própria UBS) ( ) Sim. ( ) Não. ( ) Não sabe/Não respondeu.	
<b>2. Caso tenha medido a pressão, o valor estava alterado (acima de 140x90mmHg)?</b> (o usuário pode relatar o valor, caso saiba, ou a informação que foi dada pelo profissional que fez a mensuração da pressão) ( ) Sim. ( ) Não. ( ) Não sabe/Não respondeu.	
<b>3. Você mediu sua glicemia capilar no último mês?</b>	

<p><b>(o usuário pode considerar medir em casa, com aparelho próprio, farmácias ou na própria UBS)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>4. Caso tenha medido a glicemia, o valor estava alterado? (Glicemia capilar maior/igual a 126 em jejum; ou maior/igual a 200, duas horas após a refeição)</b>  <b>(o usuário pode relatar o valor, caso saiba, ou a informação que foi dada pelo profissional que fez a mensuração da glicemia capilar)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>5. Sabe o valor do seu peso e a sua altura?</b>  <b>(o usuário pode relatar os valores ou afirmar que tem conhecimento deles)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>6. O profissional aplicador irá calcular o IMC de acordo com o peso e a altura informados anteriormente pelo paciente. O profissional também classificará o IMC pelos valores padrões:</b>  <b>Índice de Massa Corporal (IMC):</b>          Peso/altura<sup>2</sup>:    kg/m<sup>2</sup>          Classificação:  <input type="checkbox"/> eutrófico - IMC 18,5 a 24.9.  <input type="checkbox"/> sobrepeso – IMC 25 a 29.9.  <input type="checkbox"/> obesidade – IMC acima de 30.</p>
<p><b>7. Sabe o valor de sua circunferência abdominal? (Se não sabe e possui uma fita métrica, realize a medida utilizando a fita e passando ela ao redor da barriga, em cima do umbigo).</b>  <b>(O usuário pode relatar o valor ou afirmar que tem conhecimento dele)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p> <p>O profissional aplicador irá classificar o valor da circunferência de acordo com o valor informado pelo usuário:          Mulheres:  <input type="checkbox"/> acima de 80cm.          Homens:  <input type="checkbox"/> acima de 90cm.</p>
<p><b>08. Pratica algum tipo de atividade física?</b>  <b>(explicar ao usuário que somente é considerado sair para se exercitar, e caminhadas para o trabalho, compras, visitas, não são consideradas)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>09. A prática de atividade física é regular (pelo menos 3 vezes na semana por 30 minutos)?</b>  <b>(o usuário pode afirmar a realização ou descrever as atividades que faz)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>10. Consome bebida alcoólica?</b>  <b>(o usuário deve responder somente se usa ou não bebida alcoólica)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>11. Caso tenha respondido sim à pergunta anterior, qual a quantidade de bebida alcoólica que consome na semana?</b></p>
<p><b>12. Fuma?</b>  <b>(o usuário deve responder se consome ou não cigarros de qualquer tipo, independentemente da quantidade)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>13. Caso tenha respondido sim à pergunta anterior, quantos cigarros fuma por dia?)</b>          _____ cigarros/dia.</p>
<p><b>14. Consome frituras e alimentos ultraprocessados?</b>  <b>(o usuário pode relatar se consome ou não os alimentos acima, ou citar alguns que possa consumir)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>15. Utiliza drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, drogas sintéticas)?</b>  <b>(o usuário pode responder se utiliza e qual droga, independentemente da quantidade ou</b></p>

<p><b>frequência)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>16. Dorme bem, sendo seu sono reparador, sem dificuldade para dormir ou acordar? (o usuário deve responder considerando a qualidade do sono na maioria dos dias da semana)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>17. Tem diagnóstico médico de Transtorno de ansiedade e/ou Transtorno depressivo? (o profissional que está aplicando deve confirmar se o diagnóstico é dado por médico responsável)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>18. Considera sua saúde mental boa? (considerar, para esta resposta, a impressão do próprio usuário ou do cuidador sobre sua saúde mental)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>19. Consegue gerenciar seu autocuidado, praticando atividade física, atividades de vida diária, lazer e cuidado com a saúde? (considerar a impressão do usuário sobre sua capacidade de cuidar da própria saúde)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>20. Possui rede de apoio como família ou amigos que podem ajudar com possíveis cuidados em saúde? (explicar ao usuário que devem ser consideradas pessoas que poderiam ajudar em situações referentes à cuidados em saúde)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>21. Foi nos últimos 3 meses à Unidade Básica de Saúde e passou por consulta com algum profissional da Equipe? (considerar somente se o usuário foi atendido por algum profissional da equipe de saúde)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não responde.</p>
<p><b>22 – Teve alguma intercorrência, nos últimos 3 meses, que necessitou de internação hospitalar (pelo menos 1 noite no hospital)? (considerar intercorrência independentemente de elas serem relacionadas com a doença crônica não transmissível que o usuário possuir)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>23 – Faz uso contínuo de medicações para o tratamento de doenças crônicas, usando os medicamentos da forma prescrita? (verificar se o usuário tem prescrição de medicação e se a usa da maneira correta)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>24 – Realizou exames de sangue nos últimos 6 meses? (verificar a realização de exames complementares)</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>25 – Caso tenha realizado o exame, pode informar o valor da creatinina? O profissional de saúde que avaliou sua creatinina disse se ela estava alterada? (perguntar ao usuário sobre a informação dada, em relação aos resultados dos exames, pelo profissional que o atendeu e acessou os resultados)</b>  <b>Valor da Creatinina _____.</b>  <b>Estava alterada?</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>26 – Caso tenha realizado o exame, pode informar o valor do colesterol? O profissional de saúde que avaliou seu exame informou se o seu colesterol estava alterado? (perguntar ao usuário sobre a informação dada, em relação aos resultados dos exames, pelo profissional que o atendeu e acessou os resultados)</b>  <b>Valor do colesterol: _____.</b>  <b>Está alterado?</b>  <input type="checkbox"/> Sim.    <input type="checkbox"/> Não.    <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>27– Caso tenha realizado o exame, pode informar o valor dos triglicerídeos? O profissional de saúde que avaliou seu exame informou se seus triglicerídeos estavam alterados? (perguntar ao</b></p>

<p><b>usuário sobre a informação dada, em relação aos resultados dos exames, pelo profissional que o atendeu e acessou os resultados)</b>  <b>Valor:</b> _____.  <b>Está alterado?</b>  <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>
<p><b>28 – Caso tenha realizado o exame, sua glicose estava alterada?</b>  <b>(perguntar ao usuário sobre a informação dada, em relação aos resultados dos exames, pelo profissional que o atendeu e acessou os resultados)</b>  <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu.</p>

Fonte: Dados do estudo, 2024.

Em relação ao questionário AGREE II<sup>16</sup>, a pontuação total dos domínios foi de 73,96%, indicando que, em geral, os critérios de qualidade do protocolo foram atendidos. Foram calculados os percentuais de cada domínio, estando todos acima de 70%, indicando também a boa qualidade do protocolo. A Tabela 3 descreve a pontuação de cada domínio e percentual alcançados pelo instrumento AGREE II.<sup>16</sup>

**Tabela 3.** Pontuação de cada domínio e percentual pelo instrumento AGREE II.

<b>Domínio</b>	<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação Mínima</b>	<b>AGREE II</b>
Domínio 1 – Escopo Finalidade	555	714	102	74,01%
Domínio 2 - Envolvimento das Partes Interessadas	540	714	102	71,56%
Domínio 3 - Rigor do Desenvolvimento	1.394	1.904	272	68,75%
Domínio 4 - Clareza da Apresentação	533	714	102	70,42%
Domínio 5 - Aplicabilidade	690	952	136	67,89%
Domínio 6 - Independência Editorial	362	476	68	72,05%
<b>Total</b>	<b>4.074</b>	<b>5.474</b>	<b>782</b>	<b>424,68%</b>

Fonte: Dados do estudo, 2024.

A análise das respostas à pergunta "Classifique a qualidade global dessa Diretriz", revelou que a média das avaliações foi aproximadamente 5,38, indicando uma percepção geral positiva da qualidade. Entre as 34 respostas recebidas dos especialistas, a maioria das avaliações foi concentrada nas notas 5 e 6, com 41,18% (14 especialistas) das respostas sendo nota 5 e 50,00% (17 especialistas) sendo nota 6. Apenas 2,94% (1 especialista) deu nota 3 e 5,88% (2 especialistas) avaliaram com nota 4.

Em relação à recomendação do uso da diretriz/protocolo, 26 (76,47%) escolheram a opção "Sim, recomendaria" e 8 (23,53%) escolheram a opção "Sim, mas com ressalvas". Não houve respostas para a opção "Não".

## DISCUSSÃO

Os Protocolos de saúde são ferramentas importantes para padronizar os cuidados e orientar profissionais sobre os melhores métodos e diretrizes para o acompanhamento, tratamento e diagnóstico, além de assegurar que as intervenções sejam eficazes e especialmente baseadas em evidências científicas atuais, uniformizando práticas em saúde.<sup>17</sup>

18

Um estudo sobre abordagens para o desenvolvimento de diretrizes clínicas em saúde evidencia a importância da elaboração e validação de *Guidelines* para prática baseada em evidências e que se destinam a melhorar a qualidade do cuidado e reduzir os custos em saúde, pela maior uniformidade da prática clínica.<sup>19</sup>

Dentro desta proposta, a elaboração de um Protocolo de Telessaúde para o acompanhamento de usuários com DCNTs na APS apresenta grande relevância, considerando sua construção a partir de revisão integrativa e seu conteúdo validado por especialistas, que atuam na assistência.

Durante o processo de validação do Protocolo de Telessaúde pelos especialistas, algumas questões tiveram um grau menor de concordância entre eles e foram reestruturadas. A pergunta sobre identidade de gênero dos usuários teve 82,3% de concordância. A principal sugestão de mudança foi referente à ampliação de possibilidades de resposta para além das opções binárias iniciais, o que pode refletir uma maior conscientização sobre a temática de diversidade de gêneros por parte dos profissionais de saúde e um maior envolvimento.

Um estudo<sup>20</sup> sobre diversidade sexual e de gênero discutiu sobre as rápidas mudanças culturais referentes à compreensão da diversidade de gênero. A investigação mostra um aumento significativo na aceitação e visibilidade de diversas identidades de gênero nas culturas ocidentais. O estudo destaca que as mudanças legais e sociais têm sido fundamentais na normalização de identidades não binárias, inseridas inclusive no contexto da saúde, o que foi identificado nessa percepção dos profissionais em relação a este item do protocolo.

A pergunta "Doenças crônicas não transmissíveis com diagnóstico médico" obteve 88,2% de concordância. Os especialistas apontaram possível dificuldade de compreensão da sigla DCNTs por parte dos usuários, na possibilidade do diagnóstico ser autorreferido, e a

necessidade de exemplificar tais doenças. A questão foi reformulada e obteve 100% de concordância na segunda rodada, com a inserção de exemplos e definições.

O uso de medidas autorreferidas em saúde é frequente em inquéritos, por ser de fácil exequibilidade e mais custo-efetivo, embora as prevalências autorreferidas possam apresentar vieses, visto que os entrevistados podem se considerar doentes e não apresentarem a doença, ou ainda não se considerarem doentes e apresentarem a doença<sup>21</sup>.

Dados da PNS 2013<sup>22</sup> demonstram que, na população acima de 18 anos, a prevalência de Diabetes *mellitus* (DM) autorreferida era maior que a de DM diagnosticada por exames laboratoriais. Estimativas laboratoriais em relação à Doença Renal Crônica (DRC) mostram que o número de pessoas com a doença é quatro vezes mais elevado que o número autorreferido.<sup>23</sup> No entanto, a inclusão dessas medidas na PNS resultou em um grande avanço para a saúde pública, possibilitando melhor avaliação da extensão do problema na população.

As questões “Sabe o valor do seu índice de massa corporal?” e “Seu índice de massa corporal está alterado (abaixo de 18,5kg/m<sup>2</sup> ou acima de 24,9kg/m<sup>2</sup>)?” obtiveram respectivamente 85,3% e 88,2% de concordância. Eles avaliaram que o usuário teria grande dificuldade de informar seu IMC e classificar o mesmo, sugerindo que o cálculo fosse feito pelo profissional de saúde. Sendo assim, essas questões foram retiradas do protocolo e foi escrita uma questão orientando o profissional a calcular o IMC e classificar o resultado em eutrófico, sobrepeso e obesidade, a partir de informações de peso e altura autorrelatados.

Existe alta correlação e concordância entre as medidas de altura, peso e IMC obtidas via *internet*, por meio de uma plataforma digital, e as medidas aferidas presencialmente, independentemente de sexo, escolaridade e renda, indicando que são uma forma válida de obtenção dessas informações<sup>24</sup>. Em outros estudos, foi encontrada uma tendência à subestimação da média de IMC por aferição comparado ao autorreferido, mas também foi observada alta especificidade e moderada sensibilidade na identificação de baixo peso, sobrepeso e obesidade a partir de medidas referidas, indicando confiabilidade e eficiência desse modo de verificação dessas informações<sup>25</sup>.

As perguntas sobre exames bioquímicos (colesterol, triglicérides e creatinina) também tiveram menor concordância, sendo apontadas possíveis dificuldades dos usuários em compreender os termos técnicos e informar os valores corretamente.

A avaliação das dislipidemias como um indicador de saúde também é importante pela sua alta prevalência na população brasileira.<sup>26</sup> Pesquisas nacionais com diagnóstico de dislipidemia autorreferida identificaram prevalências elevadas em pessoas acima de 18 anos, desde 12,5% na PNS 2013 até 24,8% com dados do VIGITEL.<sup>27</sup> Logo, dada sua elevada

frequência na população geral, a identificação precoce dos fatores de risco para a prevenção e o tratamento pode ser o caminho para o controle efetivo das dislipidemias e a redução da mortalidade cardiovascular, considerando, para essa estratégia, os diagnósticos autorreferidos.<sup>26</sup>

Um estudo demonstrou prevalências mais elevadas de colesterol alto na população quando realizados exames bioquímicos, comparados aos dados autorreferidos, que identificaram 22,6% da população adulta nas capitais brasileiras com colesterol elevado<sup>28</sup>. Entretanto, o método segue válido para inquéritos populacionais e estimativas da presença desse fator de risco.

A creatinina tem sido o teste de triagem para Doença renal crônica (DRC) mais amplamente utilizado na prática clínica, pela fácil disponibilidade e baixo custo, embora seu uso pode ser um parâmetro tardio na detecção do comprometimento da função renal, visto que a alteração ocorre após o paciente perder cerca de 50 a 60% da Taxa de Filtração Glomerular. Um estudo da avaliação da função renal adulta brasileira através da coleta laboratorial de creatinina da PNS mostrou que as estimativas da função renal apontadas foram até quatro vezes maiores ao se comparar com as pesquisas autorreferidas, sugerindo o subdiagnóstico da DRC no país.<sup>29</sup>

Para validação das questões do Protocolo de Telessaúde deste estudo, foi utilizado o instrumento AGREE II<sup>16</sup>, que é um instrumento amplamente utilizado em pesquisas científicas para avaliar a qualidade e transparência das diretrizes clínicas. Guidelines recentes revelam o uso frequente do instrumento como eficaz para avaliação de diretrizes clínicas e a elaboração de protocolos.<sup>30</sup> O AGREE II é constituído por seis domínios: Domínio 1 escopo e finalidade, considerando objetivo geral da diretriz em relação às questões de saúde e a população; Domínio 2 relativo ao envolvimento das partes interessadas na construção da diretriz; Domínio 3 avalia o rigor de desenvolvimento; O Domínio 4, é referente à clareza de aplicabilidade e possibilidade de implementação; e Domínio 6, relacionado à independência editorial e ausência de conflitos de interesse na elaboração das diretrizes.<sup>16,30</sup>

Outros estudos para desenvolvimento e validação de protocolos no contexto da Atenção Primária utilizaram a metodologia AGREE II. Nascimento *et al.*<sup>31</sup> realizaram a elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de manejo integrado entre tuberculose e diabetes na APS com especialistas em Tuberculose e Diabetes e avaliaram o produto final utilizando o instrumento AGREE II, obtendo pontuação de 85%. Já Silva Co *et al.*<sup>32</sup> na construção e validação de um protocolo de intervenções nutricionais para o manejo da obesidade infantil no âmbito da Atenção Primária à Saúde, utilizou o AGREE II na avaliação



do produto e identificou os valores: escopo e finalidade 87%, envolvimento das partes interessadas 70%, rigor do desenvolvimento 92%, clareza da apresentação 74%, aplicabilidade 83%, e independência editorial 57%.

Estudos de revisão também podem usar o AGREE II para avaliação da qualidade de conjuntos de diretrizes, como uma revisão que estudou e avaliou 10 diretrizes atuais e 549 recomendações relativas ao diagnóstico e tratamento da dor lombar inespecífica na APS, contribuindo para prática baseada em evidências.<sup>33</sup>

O presente estudo utilizou a técnica Delphi<sup>15</sup> para validação do Protocolo de Telessaúde, uma metodologia em que a opinião de especialistas é fundamental para o desenvolvimento de protocolos ou diretrizes. Esta metodologia, ao considerar profissionais com experiência na APS são fundamentais para fortalecer a prática neste nível de atenção assegurando que os instrumentos e diretrizes desenvolvidos sejam validados de maneira rigorosa e representativa de suas necessidades e realidade do processo de trabalho.<sup>31,32</sup> O presente estudo teve participação de diversos profissionais. Este perfil diversificado também foi identificado em outros trabalhos. Um estudo que utilizou técnica Delphi<sup>15</sup> para validação de um instrumento para melhoria do cuidado com usuários com lesões medulares na APS contou com a participação de médicos, profissionais de reabilitação, profissionais de cuidados primários como enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com experiência média de 23,6 anos.<sup>34</sup>

Um estudo na Austrália também utilizou técnica Delphi para avaliação de metodologias relacionadas a aborto medicamentoso, com participação de médicos, enfermeiros, e mesmo gestores e agentes de promoção de saúde, sendo 39% com mais de 15 anos de experiência na prática estudada.<sup>35</sup> Por fim, outro estudo no contexto da APS validou um instrumento para segurança no cuidado das vacinas, com profissionais enfermeiros, com grande percentual de profissionais com título de doutor (66,7%)<sup>36</sup>. Todos os estudos corroboram com o presente estudo em relação ao valor do uso da técnica Delphi<sup>15</sup> para validação do conteúdo de protocolos criados para uso no contexto da APS, e também a importância da equipe multiprofissional e da experiência dos participantes neste campo de atuação.

O presente estudo apresenta algumas limitações. O número de 34 participantes iniciais, embora dentro do preconizado, poderia ter sido maior para garantir maior representatividade dos profissionais da APS. Esta baixa adesão pode ser por resistência a participação em pesquisas online ou falta de treinamento para esta atividade. Além disso, o estudo apresenta a fase inicial do processo de construção do protocolo, ainda sendo necessárias novas pesquisas

para verificação de sua aplicabilidade no contexto da APS, a disponibilidade de tecnologias e também a aceitação do método pelos usuários. Tais aspectos devem ser avaliados em futuras pesquisas.

O protocolo é pioneiro em relação a uma metodologia padronizada para avaliação dos usuários por Telessaúde no monitoramento das DCNT, com potencial de aumentar o acesso dos usuários com casos menos graves, inserir tecnologias no contexto da APS e ajudar os profissionais das equipes no acompanhamento longitudinal dos usuários. Trata-se de um produto capaz de ser incorporado na rotina dos profissionais.

## CONCLUSÃO

O Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNTs na APS foi elaborado a partir de uma revisão integrativa da literatura e teve seu conteúdo validado por meio da técnica de Delphi<sup>15</sup> e avaliado pela metodologia AGREE II<sup>16</sup>, garantindo sua qualidade e pertinência.

Reforça-se a importância do Protocolo de Telessaúde no contexto da APS para usuários com DCNT para melhorar a gestão do cuidado e o monitoramento dos usuários. A utilização do protocolo pode melhorar significativamente o acesso dos pacientes ao cuidado integral, minimizando as barreiras geográficas e aumentando o acesso a saúde. Além disso, garante a longitudinalidade do cuidado e melhora o vínculo profissional-usuário.

## REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado IE, Silva AG, Bernal RTI, et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26:2833-42. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43002021.
2. Monteiro LZ, Silva FM, Oliveira JR, Santos CB, Souza MR, Lima EM, et al. Lifestyle and risk behaviors for chronic noncommunicable diseases among healthcare undergraduates in Midwest, Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2021; 26:2911-20. DOI: 10.1590/1413-81232021266.2.24032020.
3. Simões TC, Malta DC, Souza MFM, Fernandes JC, Lima MFF, Almeida WS, et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26:3991-4006. DOI: 10.1590/1413-81232021269.00372020.

4. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab Educ Saúde*. 2017;15:599-615. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00079.
5. Oliveira JH, Souza MR, Moraes Neto OL. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29. DOI: 10.5123/S1679-49742020000400013.
6. Jardim LV, Navarro D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. 2017.
7. WHO Group Consultation on Health Telematics (1997: Geneva, Switzerland). (1998). A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development: report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63857>
8. Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, da Silva Siqueira AC, D'Avila OP, et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1881. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1881.
9. Sin DYE, Tan CS, Ang PS, Lum YS, Seow EL, Lee JY, et al. Assessment of willingness to tele-monitoring interventions in patients with type 2 diabetes and/or hypertension in the public primary healthcare setting. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2020;20(1):1-11. DOI: 10.1186/s12911-020-01227-4.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_metodologico\\_programas\\_telessaude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_metodologico_programas_telessaude.pdf) Acesso em 19 de março de 2023.
11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed Editora; 2011.
12. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed Editora; 2009.
13. Coluci MZO, Alexandre NMC, Botelho D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20:925-36. DOI: 10.1590/1413-81232015204.04332013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

- envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial União, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 13 março 2024.
15. Marques JBV, Freitas DF. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*. 2018;29:389-415. DOI: 10.1590/1980-6248-2015-0028.
  16. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: dia/mês/ano.
  17. Quinlan D, Landy R, Fallon U, O'Connor C, Prendiville W, Barry M, et al. The role of general practitioners in the management of patients with acne using isotretinoin: Protocol for a scoping review of clinical practice guidelines. *HRB Open Res*. 2024;7:45. DOI: 10.12688/hrbopenres.13312.1.
  18. Hari P, Dhillon HK, Bal A, Kumar M, Kaur H, Bagga A, et al. Evidence-based clinical practice guideline for management of urinary tract infection and primary vesicoureteric reflux. *Pediatr Nephrol*. 2024;39(5):1639-68. DOI: 10.1007/s00467-024-05475-9.
  19. De Leo A, Bloxsomme D, Bayes S. Approaches to clinical guideline development in healthcare: a scoping review and document analysis. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):37. DOI: 10.1186/s12913-022-09153-5.
  20. Hammack PL, Wignall L. Sexual and gender diversity in the twenty-first century. *Curr Opin Psychol*. 2023;52:101616. DOI: 10.1016/j.copsyc.2023.03.002.
  21. Pinheiro PC, Barros MB de A, Szwarcwald CL, Machado IE, Malta DC. Diferenças entre medidas autorreferidas e laboratoriais de diabetes, doença renal crônica e hipercolesterolemia. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(4):1207-19. DOI: 10.1590/1413-81232021264.44582020.
  22. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde - PNS 2013: manual de antropometria. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
  23. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado IE, Silva AG, Bernal RTI, et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2019; 22(Supl 2) DOI: 10.1590/1980-549720190006.supl.2.
  24. Botelho VH, Gigante DP, Horta BL, Grassi PR, Gonçalves H. Agreement between measured weight, height and BMI and Web-based self-reported data in participants of the 1993 Pelotas Birth Cohort, Brazil: a cross-sectional validation study. *Epidemiol Serv Saúde*. 2023;32(2). DOI: 10.1590/S2237-96222023000200013.

25. Lima LRM de, Freitas RP de A, Silva LRD, Medeiros ACQ de. Estimation of body mass index from self-reported measures: What is the validity? *J Phys Educ.* 2018;29. DOI: 10.4025/jphyseduc.v29i1.2907.
26. Garcez MR, Pereira JL, Fontanelli MM, Marchioni DML, Fisberg RM. Prevalence of dyslipidemia according to the nutritional status in a representative sample of São Paulo. *Arq Bras Cardiol.* 2014;103(6):476-84. DOI: 10.5935/abc.20140162.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.*
28. Valença SEO, Brito ADM, Silva DCG, Ferreira FG, Novaes JF, Longo GZ. Prevalência de dislipidemias e consumo alimentar: um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(11):5765-76. DOI:10.1590/141312320212611.28022020.
29. Malta DC, Machado ÍE, Pereira CA, Figueiredo AW, Aguiar LK de, Almeida W da S de, et al.. Avaliação da função renal na população adulta brasileira, segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev bras epidemiol [Internet].* 2019;22:E190010.SUPL.2. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010.supl.2>
30. Terrace L, AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(1):18-23. DOI: 10.1136/qhc.12.1.18.
31. Do Nascimento CV, Queiroz D, Sousa IF, Dias AC, Mota MM, Toledo JAL, et al. Validação de conteúdo do protocolo de manejo integrado entre tuberculose e diabetes no contexto da Atenção Primária à Saúde. 2021.
32. Silva CO, Pereira FGF, Claro ML, Sousa AF, Costa e Silva DM, Lima LHO. Protocolo de intervenções nutricionais para o manejo da obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde. *Rev Enferm UFPI.* 2023;12. DOI: 10.26694/reufpi.v12i1.4139.
33. Management of non-specific low back pain in primary care a systematic overview of recommendations from international evidence-based guidelines. *descriptionPublicationkeyboard\_double\_arrow\_right Article, Journal* 01 Jan 2020Publisher: Cambridge University Press (CUP) Journal: Primary Health Care Research & Development, volume 21 (issn: 1463-4236, eissn: 1477-1128, Copyright policy) Authors: Karl Horvath; Cornelia Krenn; Thomas Semlitsch; A. Siebenhofer-kroitzsch; A. Siebenhofer-kroitzsch; Klaus Jeitler; Carolin Zipp; doi: 10.1017/s1463423620000626 <https://explore.openaire.eu/search/publication?>

34. Improving primary care for persons with spinal cord injury: Development of a toolkit to guide care. Publicado em: The journal of spinal cord medicine, 2020 May, MEDLINE Complete De: Milligan, James; Lee, Joseph; Hillier, Loretta M; Slonim, Karen; Craven, Catharine. The journal of spinal cord medicine [J Spinal Cord Med] 2020 May; Vol. 43 (3), pp. 364-373. Date of Eletronics Publication: 2018 May 07. DOI10.1080/10790268.2018.1468584
35. Taket A, de Moel-Mandel C, Graham M. Expert consensus on a nurse-led model of medication abortion provision in regional and rural Victoria, Australia: a Delphi study. Contraception. 2019; 100:380-5. DOI: 10.1016/j.contraception.2019.07.004.
36. Medeiros SG de, Lima AV de, Saraiva COP de O, Barbosa ML, Santos VEP. Avaliação da segurança no cuidado com vacinas: construção e validação de protocolo. Acta paul enferm [Internet]. 2019Jan;32(1):53–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900008>

## REFERÊNCIAS

- AGREE. Next Steps Consortium. **Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II - The AGREE II Instrument**. 2017. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 04 jul. 2023.
- AGREE. Next Steps Consortium. **The AGREE II Instrument**. 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- ALENCAR, M.N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00353.pdf>. Acesso em: 19 set. 2023.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, p. 3061-3068, 2011.
- ASSEMBLEIA DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Resolução A/RES/70/1**. Nova Iorque: [s.n.], 2015.
- BALAKRISHNAN, K. *et al.* The impact of air pollution on deaths, disease burden, and life expectancy across the states of India: the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet Planetary Health**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. e26-e39, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(18\)30261-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(18)30261-4/fulltext). Acesso em: 12 nov. 2023.
- BARBA, M.L. *et al.* As relações existentes entre o cuidado às Doenças Crônicas não transmissíveis e o alcance das políticas de prevenção na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 5, p. 41509-41581, maio 2022.
- BASHSHUR, R. L. *et al.* The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. **Telemedicine Journal and e-Health: the official journal of the American Telemedicine Association**, [S.l.], v. 20, n. 9, p. 769-800, 2014. DOI: 10.1089/tmj.2014.9981.
- BASHSHUR, R.L.; REARDON, T.G.; SHANNON, G.W. Telemedicine: a new health care delivery system. **Annual review of public health**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 613-637, 2000.
- BOTELHO, V.H. *et al.* Agreement between measured weight, height and BMI and Web-based self-reported data in participants of the 1993 Pelotas Birth Cohort, Brazil: a cross-sectional validation study. **Epidemiol Serv Saúde**, [S.l.], v. 32, n. 2, 2023. DOI: 10.1590/S2237-96222023000200013.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html). Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Efetividade da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento de Condições Crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. p. 112-115.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Uso de Telemonitoramento na Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. p. 15-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/dcnt>. Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas de Saúde para Fatores de Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/metas-de-saude>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama das Doenças Crônicas no Brasil: Desafios e Perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. p. 60-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Aprova o Programa de Telessaúde Brasil Redes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 jun. 2022b. p. 123.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 30 mar. 2023.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes: Núcleos do Programa Telessaúde Brasil Redes**. Brasília: BVS, 2019. Disponível em: <https://aps.bvs.br/rede-de-colaboradores/>. Acesso em: 19 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/prog\\_rama\\_nacional\\_telessaude\\_brasil\\_redes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/prog_rama_nacional_telessaude_brasil_redes.pdf). Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de atividades do TeleSUS durante a pandemia de COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.bvs.br/rede-de-colaboradores/>. Acesso em: 19 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_metodologico\\_programas\\_telessaude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_metodologico_programas_telessaude.pdf). Acesso em: 19 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-40920>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 297 p.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2006.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf). Acesso em: 19 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 233 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35, de 01 de janeiro de 2007**. Institui no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde na Atenção Primária, 9 núcleos/estados (UFRGS, UFSC, USP, UERJ, UFMG, UFG, UFPE, UFC, UEA) e 900 pontos remotos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Poluição atmosférica e saúde ambiental: contribuições para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/poluicao\\_atmosferica\\_SUS\\_saude\\_ambiental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/poluicao_atmosferica_SUS_saude_ambiental.pdf). Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_digital\\_Brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf). Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 15, 20 fev. 2013. Disponível em: <http://www.portalms.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria252.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BROUWERS, M. C. *et al.* AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. **CMAJ**, [S.l.], v. 182, n. 18, p. E839-E842, 2010.

BUSSE, R.; SCHELLER-KREINSEN, D.; ZENTNER, A. **Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges**. Copenhagen: WHO Regional Office Europe, 2010.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 5, e00088920, 2020.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c0e4bd3d5213.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e4bd3d5213.pdf). Acesso em: 20 jul. 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 696, de 23 de maio de 2022**. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Resolução COFFITO nº 516, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação do teleatendimento, teleconsultoria e telemonitoramento no âmbito da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.314, de 13 de julho de 2022**. Dispõe sobre a utilização de telessaúde pelos profissionais de Medicina. Disponível em: [http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_resolucoes&view=regulamentacoes&id=8947&Itemid=3](http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&view=regulamentacoes&id=8947&Itemid=3). Acesso em: 20 jul. 2024.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1821, de 26 de outubro de 2007**. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/1821\\_2007.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/1821_2007.pdf). Acesso em: 12 mar. 2024.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 646, de 18 de março de 2020. Dispõe sobre a atuação do nutricionista e do técnico em nutrição e dietética na área de Alimentação e Nutrição por meio do uso das ferramentas de Tecnologia da Informação e da Comunicação (TICs). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2020.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 11, de 11 de julho de 2018. Dispõe sobre a prática de psicologia por meio das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jul. 2018.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 002, de 14 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre a utilização de telessaúde pelos profissionais de Psicologia. Disponível em: <http://www.cfp.org.br/resolucoes/8947.html>. Acesso em: 20 ago. 2023.

- CHANDRA, A. *et al.* Monitoring of non-communicable diseases in a primary healthcare setting in India: a quality improvement initiative. **Cureus**, [S.l.], v. 15, n. 4, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10224714/>. Acesso em: 15 out. 2023.
- COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.
- CORTES, T.B.A. *et al.* **Community-Based Interventions to Improve the Control of Non-Communicable Diseases in Underserved Rural Areas in Brazil: A Before-and-After Study**. 2022. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=IP5bEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA173&dq=2022.+CORTES,+Taciana+Borges+Andrade+et+al.&ots=etBRSVqnrk&sig=Nqw\\_ZP8hxXG3Qu-EEeZpRTC-bCo#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=IP5bEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA173&dq=2022.+CORTES,+Taciana+Borges+Andrade+et+al.&ots=etBRSVqnrk&sig=Nqw_ZP8hxXG3Qu-EEeZpRTC-bCo#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 15 nov. 2023.
- COSEMS-SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. **Manual do Consultório Virtual Saúde da Família**. São Paulo: COSEMS-SP, 2020. Disponível em: [https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/11/manual\\_consultorio\\_virtual\\_saude\\_familia290420\\_v2-1.pdf](https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/11/manual_consultorio_virtual_saude_familia290420_v2-1.pdf). Acesso em: 15 jul. 2023.
- COSTA, A.P.B.; GUERRA, M.R.; LEITE, I.C.G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 17, n. 44, p. 3085-3085, 2022.
- COUNCIL. Brazil-US Business. **Resumo do estudo “Impactos econômicos das doenças crônicas na produtividade e na aposentadoria precoce: o Brasil em foco”**. 2017. Disponível em: <http://www.brazilcouncil.org/wp-content/uploads/2016/04/Resumo-Impactos-econ%C3%B4micos-das-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas-na-produtividade-e-na-aposentadoria-precoce.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.
- COUTINHO, S. S. *et al.* O uso da técnica Delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 582-596, 2013.
- DA SILVA, F. J. A. *et al.* Fatores e comportamentos de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas. **Peer Review**, [S. l.], v. 5, n. 17, p. 143–157, 2023. DOI: 10.53660/742.prw2216b.
- DA SILVA SANTOS, M.C. *et al.* Desenvolvimento do protótipo de aplicativo, Previne+: educação em saúde para doenças crônicas não transmissíveis. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 9, p. e59811932175-e59811932175, 2022.
- DE LEO A, B.D.; BAYES, S. Approaches to clinical guideline development in healthcare: a scoping review and document analysis. **BMC Health Serv Res.**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 37, 2023. DOI: 10.1186/s12913-022-09153-5.
- DE SANT’ANNA, R. M. *et al.* Tecnologias educacionais no cuidado à pacientes com doenças cardiovasculares. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 37, p. 163-175, 2022.

DE SOUSA, M. N. A.; BEZERRA, A. L. D.; DO EGYPT, I. A. S. Trilhando o caminho do conhecimento: o método de revisão integrativa para análise e síntese da literatura científica. **Observatório De La Economía Latinoamericana**, [S.l.], v. 21, n. 10, p. 18448-18483, 2023.

DE SOUZA NUNES, R.Z.; CORRÊA, V.P.; SORATTO, J. Esperança e desespero: reflexões sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. e17-e17, 2022.

DO NASCIMENTO, C.V. **Validação de conteúdo do protocolo de manejo integrado entre tuberculose e diabetes no contexto da Atenção Primária à Saúde**. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

DOMINGUES, D. A. M. *et al.* História da evolução da telemedicina no mundo, no Brasil e no Rio Grande do Sul. In: LOPES, M. H. I.; SCHWARTSMANN, L. C. B. (org.). **Registros da História da Medicina**. 10. ed. Porto Alegre: Luminara Editorial, 2014. v. 1. p. 209-218.

DRAEGER, V.M. *et al.* Práticas do enfermeiro no monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 26, e20210353, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jWV9kWLz73rpB48MwqVSDzd/>. Acesso em: 12 nov. 2023.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 46, suppl 1, p. 126-134, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>. Acesso em: 25 jul. 2024.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. **Revista De Saúde Pública**, [S.l.], v. 53, p. 86, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001142>. Acesso em: 25 jul. 2024.

FERREIRA, L.; MARTINS, F. **Telessaúde: História e Perspectivas Futuras**. 1. ed. Lisboa: Medicina Digital, 2023.

GARCEZ MR, P.J.L. *et al.* Prevalence of dyslipidemia according to the nutritional status in a representative sample of São Paulo. **Arq Bras Cardiol.**, [S.l.], v. 103, n. 6, p. 476-484, 2014. DOI: 10.5935/abc.20140162.

GEBRAN NETO, J.P.; ROMAN, R. **Telemedicina no Sistema Único de Saúde**. 2022. Disponível em: <https://vlex.com.br/vid/telemedicina-no-sistema-unico-941979755>. Acesso em: 25 jul. 2024.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.

GODINHO, A.M. *et al.* **Telemedicina: Desafios éticos e regulatórios**. São Paulo: Foco, 2022.

GOMES DE ALMEIDA, S. *et al.* Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19. **Semergen**, [S.l.], v. 47, n. 4, p. 248-255, 2021.

GRISHAM, T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. **International Journal of Managing Projects in Business**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 112-130, 2009.

HAMMACK PL, W. L. Sexual and gender diversity in the twenty-first century. **Curr Opin Psychol.**, [S.l.], v. 52, p. 101616, 2023. DOI: 10.1016/j.copsyc.2023.03.002.

HARI, P. *et al.* Evidence-based clinical practice guideline for management of urinary tract infection and primary vesicoureteric reflux. **Pediatr Nephrol.**, [S.l.], v. 39, n. 5, p. 1639-1668, 2024. DOI: 10.1007/s00467-024-05475-9.

HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 14, n. 41, p. 1881-1881, 2019.

HESSELDAL, L. *et al.* Long-term Weight Loss in a Primary Care–Anchored eHealth Lifestyle Coaching Program: Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Internet Research**, [S.l.], v. 24, n. 9, e39741, 2022. Disponível em: <https://www.jmir.org/2022/9/e39741/>. Acesso em: 18 out. 2023.

HORVATH, K. *et al.* Management of non-specific low back pain in primary care - A systematic overview of recommendations from international evidence-based guidelines. **Prim Health Care Res Dev.**, [S.l.], v. 21, p. e64, 2020. DOI: 10.1017/S1463423620000626.

HUSSEIN, E.S.E.; AL-SHENQITI, A.M.; RAMADAN, R.M.E. Applications of medical digital technologies for noncommunicable diseases for follow-up during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 19, n. 19, p. 12682, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/19/12682>. Acesso em: 12 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde - PNS 2013**: manual de antropometria. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)**. Seattle: IHME, 2019. Disponível em: [https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2019/GBD\\_2017\\_Booklet.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf). Acesso em: 24 jul. 2024.

JARDIM, L. V.; NAVARRO, D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. **Journal of the Health Sciences Institute**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 122- 6, 2017.

KATZ, N. *et al.* Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do Telessaúde RS-UFRGS. **Ciênc saúde coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 4, p. 1389-400, 2020.

LATORRACA, C. *et al.* AGREE II-Uma ferramenta para avaliar a qualidade e o relato de guidelines: estudo descritivo. **Diagnóstico e Tratamento**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 141-146, 2018.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400014>.

LIMA, L. B. R. *et al.* Sistemas de informação em saúde e a importância do uso do telessaúde na atenção primária. **Journal of Health Informatics**, [S.l.], v.15, n. 2, p. 112-125, 2023.

LIMA, L.R.M. *et al.* Estimation of body mass index from self-reported measures: What is the validity? **J Phys Educ.**, [S.l.], v. 29, 2018. DOI: 10.4025/jphyseduc.v29i1.2907.

LUNG, C. **O desafio da telemedicina. Telessaúde**. 2022. Disponível em: [https://isqua.org/images/COVID19/18\\_-\\_Telessa%C3%BAde.pdf](https://isqua.org/images/COVID19/18_-_Telessa%C3%BAde.pdf). Acesso em: 15 dez. 2023.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, [S.l.], v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MACHADO, K.B. **A atenção primária a saúde (APS) nos governos Temer e Bolsonaro (2016-2021): um olhar para a estratégia saúde da família (ESF)**. 2022. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/4186>. Acesso em: 12 nov. 2023.

MALDONADO, J.M.S.V.; MARQUES, A.B.; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, 2016.

MALTA, D.C. *et al.* Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciênc Saúde Colet.**, [S.l.], v. 26, p. 2833-42, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43002021.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 11, p. 4341-4350, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>.

MALTA, D.C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 22, p. e190030, 2019.

MARQUES, J.B.V.; FREITAS, D.F. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, [S.l.], v. 29, p. 389-415, 2018. DOI: 10.1590/1980-6248-2015-0028.

MARTINS, F. *et al.* O impacto da telessaúde na gestão de doenças crônicas: uma revisão sistemática. **Journal of Telemedicine and Telecare**, [S.l.], v. 29, n. 5, p. 433-447, 2021.

MEDEIROS, L. G. S. *et al.* Tecnologias emergentes em telessaúde: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Informática em Saúde**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 289-307, 2023.

MENDES, E.V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. v. 45.

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

MENDONÇA, M.M. *et al.* Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. **Ciênc saúde coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 1625-36, maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04722021>.

MERMELSTEIN, H. *et al.* The Application of Technology to Health: The Evolution of Telephone to Telemedicine and Telepsychiatry: A Historical Review and Look at Human Factors'. **J technol behave sci.**, [S.l.], v. 2, p. 5-20, 2017.

MILLIGAN, J. *et al.* Improving primary care for persons with spinal cord injury: Development of a toolkit to guide care. **J Spinal Cord Med.**, [S.l.], v. 43, n. 3, p. 364-373, maio 2020. DOI: 10.1080/10790268.2018.1468584.

MONTEIRO, A.; NEVES, J. **A História da Telessaúde da Cidade para o Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

MONTEIRO, L.Z. *et al.* Lifestyle and risk behaviors for chronic noncommunicable diseases among healthcare undergraduates in Midwest, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, p. 2911-2920, 2021.

MORRIS-PAXTON, A. A. *et al.* Detection, referral and control of diabetes and hypertension in the rural Eastern Cape Province of South Africa by community health outreach workers in the rural primary healthcare project: Health in Every Hut. **African Journal of Primary Health Care and Family Medicine**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://journals.co.za/doi/abs/10.4102/phcfm.v10i1.1610>. Acesso em: 20 nov. 2023.

NAIR, D. *et al.* Outcomes and Challenges in Noncommunicable Disease Care Provision in Health Facilities Supported by Primary Health Care System Strengthening Project in Sri Lanka: A Mixed-Methods Study. **Healthcare (Basel)**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 202, 2023. DOI: 10.3390/healthcare11020202.

NARVAJA, R. História de la Telemedicina. **Rev. Asoc. Iberoam. Telesalud Telemed**, [S.l.], v. 8, p. 7-11, nov. 2021. Disponível em: <http://revista.teleiberoamerica.com/numero-8>. Acesso em: 12 jun. 2023.

OLIVEIRA, L.G.F. *et al.* **Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/e881c80b-6457-42a9-989d-a98e66976112/FRACOLLI%2C+L+A+doc+234e.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

OLIVEIRA, J.H.; SOUZA, M.R.; MORAIS NETO, O.L. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.l.], v. 29, 2020.

ONU.Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** [S.l.]: ONU, 2015. Disponível em:



<https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Resolução A/RES/70/1. Nova Iorque: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.

PAHO. Pan American Health Organization. Disponível em: <https://www.paho.org/annual-report-2016/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

PAHO. Pan American Health Organization. **Enlace**: Data Portal on Noncommunicable Diseases, Mental Health, and External Causes. 2021. Disponível em: [https://www.paho.org/en/enlace\\_](https://www.paho.org/en/enlace_). Acesso em: 25 out. 2023.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PEREIRA, F.H.M.; SANTOS, C.A.N. Percepções de médicos e pacientes da atenção primária sobre a telemedicina durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [S.l.], v. 18, n. 45, p. 3468, 2023.

PINHEIRO, P.C. *et al.* Diferenças entre medidas autorreferidas e laboratoriais de diabetes, doença renal crônica e hipercolesterolemia. **Ciênc Saúde Colet.**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 1207-19, 2021. DOI: 10.1590/1413-81.

PLACIDELI, N. *et al.* Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 54, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/06/en/>. Acesso em: 12 set. 2024.

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

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, [S.l.], v. 29, p. 489-497, 2006.

PRADO, A.K.G.; DELEVATTI, R.S.; MONTEIRO, E.P. Revisões sistemáticas para o campo de pesquisa em exercício físico e saúde: um framework de definições, aplicações e guia básico para elaboração. **Corpoconsciência**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 86–112, 2022. DOI: 10.51283/rc.v26i3.14445.

QUINLAN, D. *et al.* The role of general practitioners in the management of patients with acne using isotretinoin: Protocol for a scoping review of clinical practice guidelines. **HRB Open Res.**, [S.l.], v. 7, p. 45, 2024. DOI: 10.12688/hrbopenres.13312.1.

RODRIGUES, P. M. *et al.* **Telessaúde na prática clínica**: diretrizes e recomendações. 1. ed. Porto Alegre: Médica, 2023.

RODRIGUES, S. M. N. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial.**

Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/8hpjGXYtbK79hTh9RYdXJHw/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 15 jan. 2024.

ROSA, T.; GARCIA, A.; ALMEIDA, B. **A importância da telemedicina nos serviços de saúde.** 2020. Disponível em:

<http://repositorio.laboro.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/277>. Acesso em: 15 jun. 2024.

SANTOS, J. M. *et al.* Telessaúde em áreas remotas: desafios e oportunidades. **Journal of Global Health**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 215-229, 2023.

SANTOS, W.S. *et al.* Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça? **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 9, n.3, p. 433-453, 2020.

SARTI, T.D.; ALMEIDA, A.P.S.C. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 38, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT252221>.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde.** Publicado em 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/journal/abc>. Acesso em: 30 nov. 2023.

SBP. Sociedade Brasileira de Psicologia. **Projeto TelePSI.** 2020. Disponível em:

<https://www.sbponline.org.br/2020/05/projeto-telepsi>. Acesso em: 30 nov. 2023.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 15, p. 599-615, 2017.

SILVA, A.B. *et al.* Three decades of telemedicine in Brazil: Mapping the regulatory framework from 1990 to 2018. **PLoS One.**, [S.l.], v. 15, n. 11, p. e0242869, 2020. DOI: [10.1371/journal.pone.0242869](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242869).

SILVA, C.O. *et al.* Protocolo de intervenções nutricionais para o manejo da obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde. **Rev Enferm UFPI**, [S.l.], v. 12, n. 1, 2023. DOI: [10.26694/reufpi.v12i1.4139](https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.4139).

SILVA, J; OLIVEIRA, M. **Atenção Primária à Saúde: Fundamentos e Práticas.** 2. ed. Editora Saúde, São Paulo, 2022. p. 45.

SILVA, R. S. *et al.* O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciênc saúde coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 2149-57, 2021.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 207-216, set. 1999.

- SIMÕES, T.C. *et al.* Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, p. 3991-4006, 2021.
- SIN, D.Y.E. *et al.* Assessment of willingness to tele-monitoring interventions in patients with type 2 diabetes and/or hypertension in the public primary healthcare setting. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 1-11, 2020.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
- SOUZA, K. A. O. *et al.* O uso da telessaúde em tempos de pandemia. *In*: BARRETO, M. L. *et al.* (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. v. 2.
- SOUZA, R. R. *et al.* O uso da telemedicina no Brasil: aspectos legais e éticos. **Revista Bioética**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 121-138, 2023.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.
- TAKET, A.; DE MOEL-MANDEL, C.; GRAHAM, M. Expert consensus on a nurse-led model of medication abortion provision in regional and rural Victoria, Australia: a Delphi study. **Contraception**, [S.l.], v. 100, p. 380-5, 2019. DOI: 10.1016/j.contraception.2019.07.004.
- TERRACE, L. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. **Qual Saf Health Care**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 18-23, 2003. DOI: 10.1136/qhc.12.1.18.
- UNITED NATIONS GENERAL (ONU) Assembly. **Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases**. Sixty-sixth session Agenda item 117 Follow-up to the outcome of the Millennium Summit Draft resolution submitted by the President of the General Assembly. 2011. Disponível em: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL.1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL.1&Lang=E). Acesso em: 11 dez. 2022.
- VALENÇA, S.E.O. *et al.* Prevalência de dislipidemias e consumo alimentar: um estudo de base populacional. **Ciênc Saúde Colet.**, [S.l.], v. 26, n. 11, p. 57-65-76, 2021. DOI: 10.1590/141312320212611.28022020.
- WEN, C.L. Telemedicina e Telessaúde: um panorama no Brasil. **Informática Pública**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 7-15, 2008. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/informaticapublica/ANO10\\_N2\\_PDF/telemedicina\\_tesasaude.pdf](http://www.pbh.gov.br/informaticapublica/ANO10_N2_PDF/telemedicina_tesasaude.pdf). Acesso em: 30 abr. 2023.
- WOOLF, S. H. *et al.* Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **BMJ**, [S.l.], v. 318, n. 7182, p. 527-530, 1999.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>. Acesso em: 30 abr. 2023.

WHO. World Health Organization. **Atlas: eHealth country profiles**. Geneva: WHO, 2011. (Global Observatory for eHealth series, v. 1). Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564168\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564168_eng.pdf). Acesso em: 20 out 2023.

WHO. World Health Organization. Estratégia global para prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis. **Resolução 53ª Assembleia Mundial de Saúde**. Geneva: WHO, 2000.

WHO. World Health Organization. **Health-for-all strategy for global health development**. Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December. Geneva: WHO, 1997.

WHO. World Health Organization. **WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019**. Geneva: WHO, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>. Acesso em: 22 nov. 2022.

WHO. World Health Organization. **Global strategy on digital health 2020-2025**. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336249>. Acesso em: 19 jul. 2024.

WHO. World Health Organization. **Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529>. Acesso em: 19 jul. 2023.

WHO. World Health Organization. **Global health estimates: Leading causes of death and disability**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362800/9789240057661-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 maio 2024.

WHO. World Health Organization. **Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350449/9789240041059-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 out. 2023.

WHO. World Health Organization. **WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>. Acesso em: 25 jul. 2023.

WHO. World Health Organization. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. Acesso em: 10 nov. 2022.



XUE-JUAN, W. *et al.* Impact of an intelligent chronic disease management system on patients with type 2 diabetes mellitus in a Beijing community. **BMC Health Services Research**, [S.l.], p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2020.v54/06/en/>. Acesso em: 12 set. 2023.



ZUNDEL, K.M. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. **Bull Med Libr Assoc.**, [S.l.], v. 84, n. 1, p. 71-9, 1996.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - CONVITE ENVIADO AOS ESPECIALISTAS PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

### E-mail 01 – Primeira rodada

Pesquisa de Mestrado Profissional Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis  

**R** Raquel Almeida <protocolodcmts@gmail.com>      
to gjfa16, pabloauggon.med, juliana.badini08, Isadora.als, pamellavalente, michelleoliveira25, nay-jessica, leticia\_s.pedro, vaniasri.goncalves ▾

Estimados profissionais atuantes na Atenção Primária:

Convidamos você, que concluiu ensino superior na área da saúde e que atua há mais de 1 ano na atenção primária de seu município a participar da pesquisa: Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa de mestrado do PROFSaúde Fiocruz-UFJF, da mestranda Raquel Maria de Oliveira Almeida, sob orientação da Prof Dra Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva. Sua participação é muito importante e os resultados desse estudo poderão contribuir com o cuidado aos pacientes com doenças crônicas no seu município.

Para participar basta clicar no link abaixo:  
<https://forms.gle/1nvTedbzyRbcAMst8>

OBS: Caso seja necessário interromper o preenchimento, suas respostas ficam salvas e você pode retomar o preenchimento em outro momento, continuando de onde parou.

### E-mail 02 – Segunda rodada

Pesquisa de Mestrado Profissional Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis  

**R** Raquel Almeida <protocolodcmts@gmail.com> Mon, May 27, 12:18 PM      
to gjfa16, pabloauggon.med, juliana.badini08, Isadora.als, pamellavalente, michelleoliveira25, nay-jessica, leticia\_s.pedro, vaniasri.goncalves ▾

Boa Tarde. Peço a quem já respondeu favor desconsiderar esse e-mail. Gostaria de mais uma vez contar com a generosidade e atenção Lara responder ao protocolo. Ele está pequeno com apenas 6 questões e bem rápido de responder. Abaixo segue link:  
<https://forms.gle/5Wt21rMTMc2VjQdK8>

Sua participação é muito importante! Desde já agradeço imensamente.

 Reply  Reply all  Forward 

# APÊNDICE B - FORMULÁRIO ELABORADO ATRAVÉS DA FERRAMENTA DO GOOGLE FORMS® 1ª RODADA COM ESPECIALISTAS

## Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à saúde (PADCNT).

\* Indica uma pergunta obrigatória.

### 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO \*

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Intitulado Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é "A criação e validação de um protocolo de Telessaúde para acompanhamento de pacientes com DCNT, visando o controle de fatores de risco, promovendo o cuidado continuado e prevenindo desfechos desfavoráveis e de fundamental importância, visto que os sistemas de saúde do Brasil passam por dificuldades referentes ao desenvolvimento e incorporação de tecnologias na saúde."

Após clicar no link enviado, e concordar em participar clicando no ícone "Concordo em Participar" abaixo, você terá acesso a três seções de avaliação do protocolo. Na primeira, você deve fornecer informações rápidas sobre você; na segunda, deve avaliar se concorda com a forma e conteúdo de cada uma das 30 perguntas que compõe o protocolo. Caso não concorde, você terá um espaço para fazer sugestões. Em seguida, você terá acesso a 25 perguntas do instrumento de avaliação do AGREE II, que também deve ser respondido. Após finalizar, basta clicar e enviar e sua resposta será registrada. Todo processo não deve durar mais de 1 hora. Antes de todas as etapas tem instruções específicas para o correto preenchimento.

Este estudo visa o desenvolvimento e validação de ferramentas e métodos de pesquisa e permitirá o desenvolvimento de um protocolo confiável e preciso para ser utilizado por outros pesquisadores ou profissionais de saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde". Serão realizadas em duas etapas sendo a primeira para avaliar a adequação dos itens quanto ao conteúdo e a sua forma de apresentação. A segunda etapa consiste em validá-lo após as correções da primeira rodada.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento.

Ressaltamos que todos os dados serão garantidos em sigilo e você não será identificado no questionário. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.



ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, de 2023.

Pesquisadores (as):

Profª Drª Sílvia Lanzlotti Azevedo da Silva

Mestranda Raquel Maria de Oliveira Almeida

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Programa de pós-graduação em mestrado profissional em saúde da família – PROFSAÚDE

Telefone para contato:

Sílvia (35) 99177 6155

Raquel (32) 9801-0957

E-mail para contato:

Sílvia: silviafsls@jufjf@yahoo.com.br

Raquel: quezinhha.almeida@hotmail.com

Marcar apenas uma oval.

Sim aceito participar da pesquisa

Não aceito participar da pesquisa

#### CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL PARTICIPANTE

Fale um pouco informações sobre você:

2. **Idade (anos) \***

\_\_\_\_\_

3. **Formação na graduação \***

\_\_\_\_\_

4. **Tempo de formado na graduação \***

\_\_\_\_\_

5. **Maior titulação \***

Marcar apenas uma oval.

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado

6. **Possui especialização/mestrado/doutorado em Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva? \***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. **Há quanto tempo atua (gestão, ponta, docência ou pesquisa) na Atenção Primária à Saúde? \***

\_\_\_\_\_

8. **Qual seu email? \***

\_\_\_\_\_

9. **Telefone para contato (Whatsapp) \***

\_\_\_\_\_

#### Protocolo de Telessaúde para usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

Prezado Profissional,

Ao aceitar participar desta pesquisa, você é um dos juízes que atuará na avaliação do Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários portadores de DCNT na APS.

Neste momento, o sr(a) irá avaliar cada uma das questões do protocolo quanto ao conteúdo e a sua forma, tendo a oportunidade de conhecer o instrumento completo. Pedimos que avalie este instrumento, baseado nos critérios apresentados a seguir:

- 1) Se a questão é pertinente ao acompanhamento; e
- 2) Se sua redação está adequada.

Importante lembrar que este instrumento é para ser aplicado pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, diretamente com os usuários elegíveis para este acompanhamento, que são aqueles com diagnóstico de doença crônica, mas com baixo risco para complicações.

São 30 perguntas que compõe o instrumento e, para cada uma delas, você terá opção de concordar ou não com seu conteúdo e forma de redação. Caso não concorde, você terá em seguida um espaço para fazer sugestões. Caso concorde, basta passar para a pergunta seguinte.

Na sessão seguinte, você responderá ao AGREE, instrumento validado para avaliação de diretrizes clínicas e protocolos. As instruções para resposta desta parte estão apresentadas adiante.

Você poderá, em qualquer momento, parar sua avaliação e retornar depois para finalizar. Basta fechar o documento e abri-lo novamente na mesma conta Google. Antes de enviar, também poderá relomar a qualquer pergunta para revisão.

Informamos que o prazo para envio das respostas é de 15 dias.

Sua participação é de extrema importância para o estudo.

**Parte 1 - Caracterização do Usuário (estas informações são obtidas diretamente com o usuário ou seu cuidador)**

10. **1. Nome completo (com letra de forma e sem abreviatura) \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
<hr/>		
1.1 Está de acordo com o conteúdo do item?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		

11. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

12. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
<hr/>		
1.2 Está de acordo com a forma de registro da informação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		

13. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

14. **2. Data de Nascimento \***

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
<hr/>		
2.1 – Está de acordo com o conteúdo do item?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		

15. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

16. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
<hr/>		
2.2 – Está de acordo com a forma de registro da informação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		

165. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

166. **30 – Caso tenha realizado o exame, sua glicose estava alterada? \***  
(perguntar ao usuário sobre a informação dada em relação aos resultados dos exames pelo profissional que atendeu e acessou os resultados)

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
<hr/>		
30.1 – Está de acordo com o conteúdo da pergunta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		

167. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

168. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
<hr/>		
30.2 – Está de acordo com a forma como a pergunta é feita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		

169. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---



**AVALIAÇÃO GLOBAL DA DIRETRIZ CLÍNICA**

182. **1. Classifique a qualidade global dessa Diretriz \***

*Marcar apenas uma oval.*

- 1. Qualidade mais baixa possível
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6.
- 7-Qualidade mais alta possível

183. **Comentários**

---

---

---

---

184. **2. Eu recomendaria o uso dessa diretriz: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- 1. Sim
- 2. Sim, mas com ressalvas
- 3. Não

185. **Comentários (acrescente aqui comentários que julgar pertinente)**  
**Agradecemos novamente sua participação.**

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

## FORMULÁRIO ELABORADO ATRAVÉS DA FERRAMENTA DO *GOOGLE FORMS*<sup>®</sup> - 2ª RODADA COM ESPECIALISTAS

### Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à saúde (PADCNT)

Segunda rodada de avaliação do protocolo por especialistas

O presente estudo é conduzido pela Técnica Delphi. Segundo esta metodologia, primeiramente é realizada uma primeira rodada de avaliação do instrumento completo. Nesta rodada, deve ser alcançado um percentual de concordância mínima de 90% entre os especialistas na avaliação das questões. Questões que alcançaram este percentual na primeira rodada, foram inseridas no instrumento final em sua forma original.

Já as questões com percentual de concordância inferior a 90% estão sendo enviadas novamente para sua avaliação. Para construção da nova versão da pergunta, foram consideradas as opiniões dos especialistas, também apresentadas no instrumento.

Neste momento, solicitamos sua nova avaliação quanto ao conteúdo e forma desta versão das questões, além de outras sugestões, caso julgue necessário.

\* Indica uma pergunta obrigatória

**PARTE 1 - Caracterização do Usuário (estas informações são obtidas diretamente com o usuário ou seu cuidador)**

#### 1. QUESTÃO ORIGINAL (PRIMEIRA VERSÃO DO PROTOCOLO):

##### 3 - Identidades de Gênero

Cisgênero Feminino

Cisgênero Masculino

Transgênero

Não Binário

Prefere não relatar

**ESTA QUESTÃO TEVE 82,4 % DE CONCORDÂNCIA.**

##### AS SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS FORAM:

- 1) Que explique melhor o conceito de identidade de gênero, muitos usuários não tem conhecimento;
- 2) Cisgênero feminino;
- 3) Não há necessidade em saber a identidade gênero do paciente, pois não implica em nenhuma mudança na forma como será atendido. Há grande dificuldade de compreensão destes termos principalmente pela população de baixa escolaridade e idosa;
- 4) Pode gerar confusão durante aplicação do questionário se o profissional não estiver preparado para isso. Talvez desnecessário para DCNT;
- 5) Acredito que os profissionais e a população podem se confundir na palavra cisgênero, então sugiro substituir por apenas "masculino" e "feminino", ou deixar opção de resposta aberta;
- 6) Colocar um campo "outros";
- 7) Não acho relevante para este tipo de acompanhamento, a não ser que esteja relacionado a algum grau de agravo epidemiológico em relação ao sexo de nascimento, como, por exemplo, risco menor de complicações cardiovasculares em mulheres pré-menopausa.

##### QUESTÃO REFORMULADA:

##### 3 - Identidade de Gênero (Como a pessoa se reconhece em relação ao seu gênero):

Cisgênero Feminino (se identifica com o gênero que nasceu, no caso feminino.

- ( ) Cisgênero Masculino (se identifica com o gênero que nasceu, no caso masculino)
- ( ) Transgênero (não se identifica com o gênero que nasceu)
- ( ) Não Binário (não se reconhece em nenhum gênero ou transita entre eles)
- ( ) Outros
- ( ) Prefere não relatar

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Está de acordo com o conteúdo da pergunta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

22. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

23. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Está de acordo com a forma como a pergunta é feita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

3. \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Está de acordo com a forma como a pergunta é feita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Caso tenha assinalado não, qual seria sua sugestão para melhorar?

---

---

---

---

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é “A criação e validação de um protocolo de Telessaúde para acompanhamento de pacientes com DCNT, visando o controle de fatores de risco, promovendo o cuidado continuado e prevenindo desfechos desfavoráveis, é de fundamental importância visto que os sistemas de saúde do Brasil passam por dificuldades referentes ao desenvolvimento e à incorporação de tecnologias na saúde.” Nesta pesquisa pretendemos “Elaborar e validar o conteúdo de um protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na Atenção Primária em Saúde (APS)”.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: “este estudo visa o desenvolvimento e a validação de ferramentas e métodos de pesquisa e permitirá o desenvolvimento de um protocolo confiável e preciso para ser utilizado por outros pesquisadores ou profissionais de saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde”. Há um planejamento para sua participação em duas etapas nesta pesquisa. A primeira etapa é para avaliar a adequação dos itens nas respectivas dimensões que compõem o instrumento. A segunda etapa consiste em validá-lo após as correções da primeira rodada.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: “A pesquisa em si não oferece danos físicos, porém, poderá oferecer riscos aos participantes no que se refere a questões de divulgação de informações, invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais, considerando a temática da pesquisa em relação à coleta de dados, porém ressaltamos que todos os dados serão garantidos em sigilos e você não será identificado no questionário, não sendo coletados dados que identifiquem os participantes.”, para diminuir a chance desses riscos acontecerem.

Para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será

liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, 25 de agosto de 2023.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Raquel Maria de Oliveira Almeida  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ  
DE FORA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM MESTRADO PROFISSIONAL EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE  
Fone: +55 32 9801-0957  
E-mail: quelzinha.almeida@hotmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____. Rubrica do pesquisador: _____.
---



**ANEXOS**

# ANEXO A - INSTRUMENTO AGREE II

## INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS



**DIREITOS AUTORAIS E REPRODUÇÃO**

Este documento é resultado de colaboração internacional. Pode ser reproduzido e usado para fins educacionais, programas de controle de qualidade e para a avaliação crítica de diretrizes clínicas. Não poderá ser usado para fins comerciais ou para marketing de produtos. As versões do instrumento AGREE II aprovadas em línguas que não a inglesa deverão ser utilizadas quando disponíveis. Ofertas de assistência na tradução para outras línguas são bem-vindas, desde que em conformidade com o protocolo estabelecido pelo AGREE Research Trust.

**DECLINAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

O instrumento AGREE II é uma ferramenta genérica destinada principalmente a ajudar aqueles que usam e desenvolvem diretrizes clínicas para avaliar a qualidade metodológica das mesmas. Os autores não se responsabilizam pelo uso inadequado do instrumento AGREE II.



© AGREE Research Trust, Maio 2009

**FINANCIAMENTO:**

O desenvolvimento do instrumento AGREE II foi financiado por uma bolsa do Canadian Institutes of Research (FRN77822)

**PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE O AGREE, CONTATAR:**

AGREE e Trusts Clínicas: [agreetrust.org](http://agreetrust.org)  
AGREE Research Trust Web site: [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)

### I. INTRODUÇÃO

**1. VISÃO GERAL**

**1.1 Finalidade do Instrumento AGREE II**

Diretrizes clínicas são recomendações elaboradas de forma sistemática para auxiliar as decisões do clínico e do paciente acerca dos cuidados de saúde mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas (1). Além disso, as diretrizes clínicas desempenham um papel importante na formação de políticas de saúde (2,3) e evoluem para abrangeer tópicos em todo o processo de cuidados de saúde (por exemplo, promoção da saúde, rastreamento, diagnóstico).

A qualidade das diretrizes é determinante para o seu potencial benefício. Metodologias apropriadas e estratégias rigorosas no processo de desenvolvimento de diretrizes são importantes para o sucesso na implementação das recomendações (4-6). A qualidade das diretrizes pode ser extremamente variável e algumas frequentemente não atingem os padrões básicos (7-9).

O instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)(10) foi desenvolvido para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. É uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida. O instrumento AGREE original foi refinado, o que resultou no novo AGREE II, e inclui um novo Manual do Usuário (11).

O objetivo do AGREE II é fornecer uma estrutura para:

1. Avaliar a qualidade de diretrizes clínicas;
2. Fornecer uma estratégia metodológica para o desenvolvimento de diretrizes clínicas; e
3. Informar quais e como as informações devem ser relatadas nas diretrizes clínicas.

O AGREE II substitui o instrumento original como ferramenta e pode ser utilizado como parte de um protocolo de qualidade global com o propósito de melhorar a atenção à saúde.

**1.2 História do Projeto AGREE**

O instrumento original AGREE foi publicado em 2003 por um grupo internacional de desenvolvedores de diretrizes clínicas e pesquisadores, o AGREE Collaboration (10). O objetivo do grupo foi desenvolver uma ferramenta para avaliar a qualidade das diretrizes clínicas. O AGREE Collaboration definiu como qualidade de uma diretriz o conteúdo das recomendações finais e os fatores que estão ligados à sua aplicação. O resultado do esforço do AGREE Collaboration foi o instrumento AGREE original, uma ferramenta de 23 itens abrangendo seis domínios de qualidade. O instrumento AGREE foi traduzido para diversas línguas, citado em mais de 100 publicações e aprovado por várias organizações de cuidados de saúde. Mais detalhes sobre o instrumento original e as publicações relacionadas estão disponíveis no site do AGREE Research Trust (<http://www.agreetrust.org/>), o organismo oficial de gestão dos interesses do instrumento AGREE.

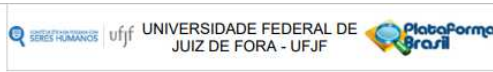
Como acontece com qualquer nova ferramenta de avaliação, foi reconhecido que um desenvolvimento contínuo seria necessário para reforçar as propriedades de mensuração do instrumento e para assegurar a sua aplicabilidade e validade entre os usuários pretendidos. Isso levou vários membros da equipe original a formar o AGREE Next Steps Consortium (Consortio). Os objetivos do Consortio consistem em melhorar as propriedades de medida do instrumento, incluindo a sua confiabilidade e validade; refinar os itens do instrumento para melhor atender às necessidades dos usuários pretendidos e melhorar a documentação de apoio (ou seja, o manual de treinamento original e o guia do usuário) visando facilitar a habilidade dos usuários em implementar o instrumento com confiança.

O resultado destes esforços é o AGREE II, composto pelo novo Manual do Usuário e a ferramenta de 23 itens organizada nos mesmos seis domínios, aqui descritos. O Manual do Usuário representa uma modificação significativa do manual de treinamento original, do guia do usuário e fornece informações explícitas para cada um dos 23 itens.

A Tabela 1 compara os itens do AGREE original com os itens do AGREE II.

Item do AGREE original	Item do AGREE II
<b>Domínio 1, Escopo e Finalidade</b>	
1. O(s) objetivo(s) gerat(ais) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).	Nenhuma alteração.
2. A(s) questão(s) clínico(s) cobert(a) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).	A(s) questão(s) de saúde cobert(a) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).
3. Os pacientes a quem a diretriz se destina estão especificamente descritos.	A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.
<b>Domínio 2, Envolvimento das partes interessadas</b>	
4. A equipe de desenvolvimento de diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	Nenhuma alteração.
5. Procura-se conhecer os pontos de vista e preferências dos pacientes.	Procurar-se conhecer os pontos e preferências de populações alvo (pacientes, público, etc.)
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	Nenhuma alteração.
7. Foi-se um teste piloto da diretriz entre os usuários.	Item excluído, incorporado na descrição do guia do usuário no item 18.
<b>Domínio 3, Rigor do desenvolvimento</b>	
8. Foram utilizados métodos estatísticos para a busca de evidências.	Nenhuma alteração no item. Renumerado para o item 7.
9. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.	Nenhuma alteração no item. Renumerado para o item 8. NOVO item 9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	Nenhuma alteração.
11. Os benefícios, riscos, custos e/ou a saúde foram considerados na formulação das recomendações.	Nenhuma alteração.
12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.	Nenhuma alteração.
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes de sua publicação.	Nenhuma alteração.
14. O procedimento para atualização de diretriz está documentado.	Nenhuma alteração.

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** Sílvia Lanzotti

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 74501423.3.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

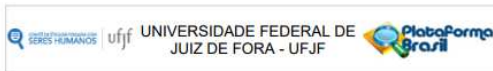
**Número do Parecer:** 6.581.953

#### Apresentação do Projeto:

As informações transcritas neste campo foram retiradas do arquivo "Informações Básicas do Projeto"

"Resumo: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são definidas como doenças de longa duração, com progressão lenta e resultando em incapacidade. As DCNT englobam um conjunto variável de situações que têm em comum a necessidade de acompanhamento multiprofissional extenso, associado ao uso de medicamentos e de equipamentos. Essas doenças geralmente levam a consequências na vida do indivíduo e da família, com a necessidade de mudanças de comportamento e autocuidado. As DCNT são as principais causas de adoecimento e mortalidade no mundo, causando perda de qualidade de vida, incapacidades e alta taxa de mortalidade prematura. Assim, o objetivo do presente estudo é elaborar e validar o conteúdo de um protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na Atenção Primária em Saúde (APS). Trata-se de estudo metodológico para desenvolvimento e validação de conteúdo de um protocolo para Telessaúde que seguirá o protocolo AGREE II e sua validação de conteúdo será pela Técnica Delphi. Espera-se com este estudo construir um protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS e realizar sua validação de conteúdo, elaborando ferramenta válida para aplicação nos serviços de saúde, pelas Equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica."

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER SN  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900



Continuação do Parecer: 6.581.953

Apresenta(m) comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

O objeto de estudo está bem delineado, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da pesquisa

A análise desse item tem como base as normas definidas na Norma Operacional

CNS 001 de 2013, item 3.4.1 – 4. Os objetivos da pesquisa estão claros, bem delineados e compatíveis com a proposta.

#### Avaliação dos riscos e benefícios

A análise desse item tem como base a regulamentação definida na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V. Riscos e benefícios descritos estão em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, e o pesquisador apresenta estratégias para minimizá-los.

#### Metodologia, referências bibliográficas, cronograma e orçamento

A Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; a Norma Operacional CNS 001 de 2013, itens 3.3 - f e 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; o Manual Operacional para CEPs item VI – c, dispõem sobre Metodologia, Referências Bibliográficas, Cronograma e Orçamento.

- A metodologia é compatível com o(s) objetivo(s) proposto(s) e informa
- tipo de estudo;
- número de participantes;
- tipo de análise
- Critérios de inclusão e exclusão
- procedimentos que serão utilizados;
- modo de coleta de dados
- forma de recrutamento, abordagem e consentimento livre e esclarecido
- cuidados éticos

As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização



Continuação do Parecer: 6.581.953

#### Objetivo da Pesquisa:

As informações contidas neste campo foram retiradas do arquivo "Informações Básicas do Projeto"

"Objetivo Primário: Elaborar e validar o conteúdo de um Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS. Objetivo Secundário: 1 - Revisar a literatura em busca dos indicadores empíricos que devem constituir o protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS; 2 - Construir o protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS; 3 - Validar o conteúdo do protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS a partir de expertises da temática."

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações reproduzidas neste campo foram retiradas do arquivo "Informações Básicas do Projeto"

"Riscos: A participação na pesquisa acarreta riscos mínimos para o participante. O risco associado pode ser de cansaço para avaliação completa do protocolo, pois trata-se de um protocolo de pesquisa um pouco extenso. Para tanto, será possível que o participante salve suas respostas a qualquer momento para continuar respondendo em outro instante, dentro do prazo estipulado. Os riscos de não compreensão da tarefa serão minimizados por detalhada explicação dos instrumentos e do que deve ser feito na avaliação do protocolo e do instrumento do AGREE II. Em relação ao risco de exposição das respostas, cada participante, no banco de dados formado com os questionários preenchidos, será identificado por um número e não será em momento algum identificado. Benefícios: A criação e validação de conteúdo de um protocolo de Telessaúde para acompanhamento de pacientes com DCNT, visando o controle de fatores de risco, promovendo o cuidado continuado e prevenindo desfechos desfavoráveis é de fundamental importância, visto que o sistema de saúde do Brasil passa por dificuldades referentes ao desenvolvimento e incorporação de tecnologias na saúde que possam auxiliar no cuidado aos usuários com DCNTs. Uma vez que os juizes especialistas são profissionais que já atuaram ou atuam na APS, poderão, em momento posterior, usar o protocolo como ferramenta em seu próprio processo de trabalho, aprimorando a atenção destinada ao usuário."

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentação do projeto

O(s) pesquisador(es) apresenta(m) titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER SN  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900



Continuação do Parecer: 6.581.953

- O cronograma mostra
- o agendamento das diversas etapas da pesquisa
- Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê.

- O orçamento
- lista a relação detalhada dos custos da pesquisa
- apresenta o responsável pelo financiamento

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

• Quanto ao TCLE, normatizado pela Resolução CNS 466 de 2012, itens IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f

Está em linguagem adequada, de fácil compreensão

Apresenta justificativa e objetivos

Descreve os procedimentos

Apresenta campo para a identificação dos participantes

Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao participante

Assegura liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades

Garante sigilo e anonimato

Explícita

o Riscos e desconfortos esperados

- Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

o Forma de contato com o CEP

o O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos

o Forma de contato com o pesquisador

• • O instrumento de coleta de dados é pertinente aos objetivos delineados, traz algumas situações constrangedoras, e o pesquisador apresenta estratégias para minimizar este constrangimento.

• • A Folha de Rosto e a Declaração de Infraestrutura e de Concordância são normatizadas, respectivamente, pela Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a e 3.4.1 item 16 e Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h. O protocolo de pesquisa está configurado adequadamente, apresenta Folha De Rosto e

Continuação do Parecer: 6.581.963

Declaração de Infraestrutura devidamente preenchidas, assinadas pelo responsável e, portanto, de acordo com as disposições definidas na regulamentação citada.

**Recomendações:**

Embora tal imprecisão não justifique uma pendência, o autor deve estar atento ao fato de que o Desfecho não deve descrever uma consequência ("incorporar o instrumento à prática"), mas deve expressar o impacto da pesquisa sobre o PARTICIPANTE.

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

• O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/12 do CNS e na Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.  
Data de término da pesquisa: 30/08/2024

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2213586.pdf	01/12/2023 16:58:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Ajustado_2.pdf	01/12/2023 16:57:38	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Lettee_RaquelAlmeida.pdf	21/09/2023 13:33:22	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Lettee_SilviaLanzotti.pdf	21/09/2023 13:33:03	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade_Sigilo.pdf	21/09/2023 13:32:39	Silvia Lanzotti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	13/09/2023 16:39:29	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Instrumento_AGREE.pdf	13/09/2023 15:55:57	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Instrumento_Protocolo_Juizes_Delphi.pdf	13/09/2023 15:55:38	Silvia Lanzotti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura_Nates.pdf	13/09/2023 15:55:00	Silvia Lanzotti	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SN  
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA

Continuação do Parecer: 6.581.963

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Juizes.pdf	13/09/2023 15:54:13	Silvia Lanzotti	Aceito
---	-----------------	------------------------	-----------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 14 de Dezembro de 2023

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SN  
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA