



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

**HELOÍSA FERREIRA DE SOUSA**

**USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS E CUIDATIVAS PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL PARA ADEÇÃO TERAPÊUTICA DE IDOSOS  
DIABÉTICOS**

PINHEIRO - MA

2024

**HELOÍSA FERREIRA DE SOUSA**

**USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS E CUIDATIVAS PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL PARA ADESÃO TERAPÊUTICA DE IDOSOS  
DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Amanda Namíbia Pereira Pasklan

PINHEIRO-MA

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Ferreira de Sousa, Heloisa.

USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS E CUIDATIVAS PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL PARA ADESÃO TERAPÊUTICA DE IDOSOS  
DIABÉTICOS / Heloisa Ferreira de Sousa. - 2025.  
58 p.

Orientador(a): Amanda Namibia Pereira Pasklan.  
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,  
Pinheiro- Ma, 2025.

1. Tecnologia Educacional. 2. Atenção Primária À  
Saúde. 3. Diabetes Mellitus. 4. População Idosa. I.  
Pereira Pasklan, Amanda Namibia. II. Título.

HELOÍSA FERREIRA DE SOUSA

**USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS E CUIDATIVAS PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL PARA ADESÃO TERAPÊUTICA DE IDOSOS  
DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 07 de janeiro de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dr.<sup>a</sup> Amanda Namíbia Pereira Pasklan (Orientadora)**  
Doutorado em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão - CCPI

---

**Profa. Dr.<sup>a</sup> Marisa Cristina Aranha Batista (1º Examinador)**  
Doutorado em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão - CCPI

---

**Prof. Me. Douglas Moraes Campos (2º Examinador)**  
Mestrado em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão - CCPI

Dedico este trabalho aos meus pais, que, com amor e sabedoria, me ensinaram o valor da educação como agente transformador de vidas e, sem perceber, tornaram-se meus primeiros pacientes diabéticos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo direcionamento, sabedoria e infindável amor. Sem sua condução e força, nada disso seria possível.

À minha orientadora, Prof Amanda, pela paciência e todas as horas de orientação: almejo que eu possa ser pelo menos metade da excelente profissional que és.

À minha mãe, Prof Jô (*in memoriam*) e ao meu pai, Luiz, toda a minha gratidão! Crescer no lar que construíram é minha maior benção. Obrigada pelo incentivo à educação desde que nasci, pelo apoio em cada etapa desta jornada e por serem meu alicerce da vida!

Aos meus irmãos, Larissa e Luís Otávio, agradeço por sermos tão nós. Por serem meu apoio e meu lar: lhes amo!

Ao Matheus, pelo companheirismo e incentivo incondicionais, pelos ensinamentos e partilha profissional, muito obrigada!

Às minhas sobrinhas Luísa e Celina por serem calma e refrigerio todos os dias e às minhas colegas de estágio Ártemis, Irlanny, Maria Indila, Lavinny e Lívia: obrigada por tornarem os dias mais leves!

Aos amigos e familiares, gratidão ao apoio, incentivos e por se fazerem presentes mesmo à distância.

À mim, pela resiliência e fé!

A todos os docentes e profissionais da saúde que se disponibilizaram a me ensinar e ser enfermeira, obrigada!

“Tudo é rio”.

(Carla Madeira)

## RESUMO

**RESUMO:** A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica e não transmissível, reconhecida como uma epidemia global. A DM é considerada um grave problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência em todo o mundo, principalmente em idosos. A equipe multiprofissional de saúde da Atenção Primária é, portanto, elemento fundamental para a implementação de tecnologias educativas e cuidativas que possam ressignificar a experiência do idoso com diabetes. Assim, questionou-se quais as tecnologias educativas e cuidativas são adotadas pelos profissionais de saúde para a maior adesão terapêutica das pessoas idosas diabéticas. **Objetivo:** Analisar as tecnologias educativas e cuidativas utilizadas pela equipe multiprofissional relacionadas à adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas. **Método:** Estudo qualitativo com participação de 10 profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde do município de Pinheiro-MA. Os dados foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo temática e após a transcrição, as falas foram processadas no software IRAMUTEC® para análise e compilação dos dados. **Resultados:** A análise do *corpus* no software IRAMUTEC® produziu um dendograma com 6 classes e através destas, de acordo com o objetivo do estudo, se formaram 4 subcategorias de agrupamentos de ideias que discutem o estudo. **Conclusão:** Por conseguinte, verificou-se que, apesar da necessidade de aprimoramento, há tentativas de uso de tecnologias educativas e cuidativas pela equipe multiprofissional para a promoção da adesão terapêutica de idosos diabéticos.

**Palavras-chave:** Tecnologia Educacional; Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; População Idosa.



## ABSTRACT

**ABSTRACT:** Diabetes Mellitus (DM) is a chronic, non-communicable metabolic disease recognized as a global epidemic. DM is considered a serious public health problem due to its increasing prevalence worldwide, especially in the elderly. The multidisciplinary health team in Primary Care is, therefore, a fundamental element for the implementation of educational and care technologies that can redefine the experience of the elderly with diabetes. Thus, we questioned which educational and care technologies are adopted by health professionals for greater therapeutic adherence of elderly people with diabetes. Objective: To analyze the educational and care technologies used by the multidisciplinary team related to therapeutic adherence in elderly people with diabetes. Method: Qualitative study with the participation of 10 health professionals linked to Primary Health Care in the city of Pinheiro-MA. The data were analyzed using the thematic content analysis technique and after transcription, the speeches were processed in the IRAMUTEC® software for analysis and compilation of the data. Results: The analysis of the corpus in the IRAMUTEC® software produced a dendrogram with 6 classes and through these, according to the objective of the study, 4 subcategories of groupings of ideas that discuss the study were formed. Conclusion: Therefore, it was found that, despite the need for improvement, there are attempts to use educational and care technologies by the multidisciplinary team to promote therapeutic adherence of elderly diabetics.

**Keywords:** Educational Technology; Primary Health Care; Diabetes Mellitus; Aged.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	15
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	16
3.1 DIABETES MELLITUS	16
3.2 IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS DA DIABETES MELLITUS	19
3.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS	20
<b>4 OBJETIVOS</b>	22
4.1 GERAL	22
4.2 ESPECÍFICOS	23
<b>5 METODOLOGIA</b>	23
5.1 TIPO DE ESTUDO	23
5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	24
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
5.4 COLETA DOS DADOS	24
5.5 ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	25
<b>6 RESULTADOS – artigo conforme normas da revista com as normas em anexo se não publicado</b>	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	26
<b>REFERÊNCIAS</b>	27

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições presentes na população idosa, sendo a principal causa responsável pela incapacitação e mortes prematuras na sociedade (WHO, 2018). Dentre essas condições, destaca-se a diabetes que, além de comprometimento direto na saúde, afeta a qualidade de vida, a autonomia e independência funcional da pessoa idosa (Kämpfen *et al.*, 2018).

Foram projetadas estimativas no Brasil que sinalizam que, em 2030, o percentual de pessoas com idade de 60 anos ou mais chegará a aproximadamente 18,7% (IBGE, 2023).

Com o aumento na expectativa de vida da população, os dispositivos legais passaram a se preocupar também com formas de proteção social à pessoa idosa no cenário nacional. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garantiu a todos os cidadãos o direito universal e integral à saúde, reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990; IBGE, 2020).

Isso leva a refletir a necessidade de melhoria na atenção e no cuidado aos idosos, de forma que sejam realizados para o alcance de bons resultados. Para que essa proposta seja possível, é necessário que haja, dentre outras ofertas de atenção ao idoso, boas estratégias no âmbito da saúde (Damaceno; Chirelli, 2019).

Com a lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994 deu-se o marco inicial para a formulação de estratégias e ações sociais, legais e de saúde que amparavam o idoso. Logo após, como o decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996 foi realizada a Política Nacional do Idoso que tem o objetivo de assegurar os direitos do idoso (Brasil, 1996).

Com todas as demandas da população que envelhece, muitos foram os avanços na elaboração de políticas sociais voltadas para o idoso dentre as quais podemos citar a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Assistência Social (2004) (Brasil, 2006a).

Em fevereiro de 2006, aconteceu a publicação, por meio da Portaria/ GM nº399, do Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS onde se incluiu, no Pacto pela Vida, a Saúde do Idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão (Brasil, 2006b).

De grande relevância, paralelamente, conta-se com o lançamento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica – Portaria 648/GM – 28 de março de 2006, que propõe um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrangem a promoção e

proteção à saúde prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006b).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como a principal porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. Desta forma, são introduzidas as equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) e da Atenção Primária (eAP) como estratégia de reorganização e potencialização das ações na APS, objetivando um cuidado continuado do indivíduo e das famílias frente aos problemas de saúde e acometimentos da população Brasil, 2006c).

Todas essas estratégias traduzidas em políticas públicas de ampliação de acesso e garantia de direitos, impactaram na saúde da pessoa idosa pois desencadearam ações de implementação de diretrizes norteadoras para a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) vigente, criada através da Portaria GM/2.528 de 19 de outubro de 2006 (Brasil, 2006c).

No entanto, mesmo com políticas públicas que trabalham na garantia da qualidade do envelhecimento da população, percebe-se desafios relacionados às condições sociais, econômicas e políticas que influenciam o estilo de vida que a pessoa idosa desenvolve (Romero et al., 2019; Brasil, 1994).

O trabalho em equipe entre os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB e membros da eSF e da eAP é essencial para a continuidade do cuidado que fomenta esse princípio. Segundo órgãos internacionais, a APS é compreendida como um local ideal para que se ofereça cuidados relacionados a adesão terapêutica devido ser um espaço de maior acesso e acessibilidade para a comunidade (Botelho; França Júnior, 2018; Hone; Macinko; Millett, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou adesão terapêutica como: "o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde" (WHO, 2003).

A atuação da equipe de saúde na adesão terapêutica contribui significativamente na redução da necessidade de uso dos serviços de saúde, internações e uso de múltiplos fármacos para tratamento de acometidos agudos e graves. É primordial o uso de instrumentos que possam colaborar com o ensino terapêutico para o alcance do aprendizado no autocuidado com a diabetes. Essa estratégia, que tem se mostrado eficaz, visa promover a saúde da população. (Rocha et al., 2019)

As tecnologias educativas e cuidativas visam auxiliar na promoção da autonomia, compreensão e interesse da pessoa idosa quanto à adesão terapêutica medicamentosa e não

medicamentosa. Para isso, essa experiência educativa propõe incentivar e promover mudanças comportamentais, de forma que o indivíduo desenvolva melhor relação com o seu tratamento e passe a fazer suas escolhas conscientemente de acordo com o que aprendeu. (Santos et al., 2020; Almeida; Almeida, 2018)

A tecnologia em saúde compreende todas as evidências disponíveis que podem ser escolhidas e tomadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou sociedade. Entende-se, portanto, que esta vai além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos que são habitualmente utilizados na assistência à saúde (Lisboa, 2022). Podem ser classificadas como dura, leve-dura, ou leve, sendo utilizadas em um contexto educacional, para obter maior ou melhor comunicação e atender a determinadas peculiaridades. (Merhy, E., Chakkour, M., 2008)

Ao se trabalhar com as tecnologias em saúde é importante que se considere os aspectos culturais e estilo de vida das pessoas assistidas, de forma a resgatar a cultura local e levar para a discussão com a equipe sobre os hábitos que predominam na comunidade. Assim, ao se planejar as práticas de cuidado e educativas, se levará em consideração os fatores individuais e coletivos que possam colaborar para o incentivo de práticas saudáveis e adequadas em saúde, e identificar as melhores metodologias a serem adotadas na execução das atividades (Brasil, 2006d).

Diante do exposto, levantou-se como hipótese que as tecnologias educativas e cuidativas utilizadas pela equipe de saúde podem contribuir para o aumento da adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa da população idosa diabética. A partir disso, levantou-se como problemas de pesquisa: Como as tecnologias educativas e cuidativas são adotadas pelos profissionais de saúde para a maior adesão terapêutica das pessoas idosas diabéticas?

Este estudo pretende analisar a adoção das tecnologias educativas e cuidativas por profissionais de saúde da APS relacionadas à adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas.

## 2 JUSTIFICATIVA

É garantido no artigo 196 da Constituição Federal que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Para o melhor controle das DCNT, ofertar e estimular a atenção integral à população idosa tem sido reconhecida como uma prática primordial, garantindo um olhar longitudinal à situação de saúde e ao comportamento da doença em cada indivíduo. Conhecer os aspectos sociais, econômicos e demográficos dessa população pode favorecer na compreensão do perfil de como ocorre esse processo de adoecimento, e garantir um cuidado mais direcionado para a realidade local (Silva et al., 2022).

Além disso, a adesão terapêutica, seja ela medicamentosa ou não medicamentosa, possui uma relação evidenciada com a assistência prestada pela equipe de saúde ao usuário, havendo respostas de adesão mais favoráveis quando no serviço de saúde se promove e incentiva a promoção da educação em saúde (Santos et al., 2020).

Assim, pesquisas que propõem compreender as crenças e identificar fatores associados que promovam a maior adesão terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, se tornam importantes para melhor orientação do planejamento de ações individuais e coletivas dos serviços de saúde que atendem a esse grupo estudado.

Espera-se que, a partir das práticas educativas integradas às cuidativas, seja disponibilizada aos participantes desta pesquisa, uma maior compreensão sobre a importância de um adequado tratamento para o alcance de sua qualidade de vida e de saúde, garantindo a estes maior autonomia diária. A partir de uma adequada instrução, acredita-se que as pessoas possam obter maior conhecimento do seu papel no autocuidado.

Os resultados desta presente pesquisa poderão orientar na estruturação de serviços e programas locais voltados à promoção da saúde da pessoa idosa, a partir da prestação de atividades específicas para a prevenção de doenças e para o acesso a um tratamento e acompanhamento seguro e adequado. Destaca-se que este público alvo não está limitado às suas necessidades e dificuldades, mas são indivíduos com capacidade de compreender aspectos importantes para seu cuidado (Loureiro, 2019).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 DIABETES MELLITUS

A Diabetes Mellitus (DM), popularmente denominada diabetes, é uma condição clínica de longo prazo (crônica), que ocorre pela elevação dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia): seja porque o corpo não consegue produzir insulina suficiente, seja por não conseguir utilizar de forma eficiente a insulina que produz. Portanto, uma hiperglicemia não controlada a longo prazo pode resultar em danos ao corpo, levando a complicações de saúde incapacitantes e potencialmente fatais como doenças cardiovasculares (DCV), neuropatias, nefropatias, amputações e doenças oculares resultando em perda visual parcial ou total. Entretanto, com um manejo adequado da DM, é possível adiar ou prevenir completamente essas complicações graves (IDF, 2021).

De acordo com dados do Vigitel (2019), houve um aumento no número de diagnósticos de DM em menos de 15 anos no Brasil, indo de 5.5% em 2006 para 7.4% em 2019 (Brasil, 2020). Também há um registro preocupante, relacionado ao aumento da prevalência das complicações associadas a diabetes. Dentre elas, estão as complicações relacionadas a coagulação sanguínea, déficits na cicatrização, aumento do índice de amputação de membros, retinopatia diabética, podendo estar associada também ao glaucoma e a catarata, aumento das alterações renais bem como a insuficiência renal e a nefropatia diabética (Cingolani; Houssay, 2003).

Observa-se que as principais complicações associadas a diabetes, estão relacionadas às disfunções metabólicas, estas que por sua vez, são desencadeadoras das complicações vasculares, neurológicas e infecciosas, onde as complicações vasculares compreendem as doenças coronárias aceleradas, doença cerebrovascular, vascular periférica, retinopatia, doença renal, alterações sensoriais e aos nervos periféricos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019).

Essas complicações estão diretamente ligadas na qualidade de vida e no acometimento da capacidade funcional, autonomia e independência de indivíduos com DM (Costa *et al.*, 2017). Destacando-se a importância de manter o acompanhamento e orientações dos profissionais de saúde com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento e o controle e/ou redução das complicações da doença.

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a classificação da DM deve ser baseada na etiopatogenia da diabetes, sendo: diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), diabetes gestacional e outros tipos de diabetes, além de uma categoria denominada pré-diabetes, que não caracteriza DM, mas necessita de cuidados para não evoluir e se tornar a doença. Todas as classes clínicas supracitadas necessitam de acompanhamento e tratamento individualizado visando a qualidade de vida e o não desenvolvimento de doenças secundárias.

A DM1 é ocasionada pela destruição das células  $\beta$  e geralmente é autoimune, acarretando hiperglicemia devido a deficiência na secreção do hormônio insulina. Pode ser diagnosticado em qualquer idade e necessita de insulinoterapia plena desde o diagnóstico ou após curto período. Já a DM2, o tipo mais comum, é caracterizado por resistência a ação da insulina somada à deficiência parcial de secreção deste hormônio pelas células  $\beta$  pancreáticas, sendo associado constantemente à obesidade e envelhecimento. Já as demais categorias são formas menos comuns com especificações que envolvem defeitos genéticos, endocrinopatias etc. (Rodacki, Melanie, et al., 2022).

O diagnóstico de DM se dá a partir da identificação de hiperglicemia sanguínea. Essa identificação pode ser realizada através dos testes de glicemia plasmática de jejum, o teste de tolerância oral à glicose e hemoglobina glicada. Segundo a Diretriz de Diagnósticos da Diabetes Mellitus da SBD, os parâmetros de glicemia em jejum são:  $\geq 126$  mg/dl é definido como DM, resultados de 100mg/dl a 125 mg/dl é definido como pré-diabético e resultados  $< 100$  mg/dl é definido como normal (para fechar o diagnóstico da DM por teste de glicemia em jejum, é necessário detectar duas alterações consecutivas ou mais) (SBD, 2017).

No diagnóstico da DM realizado através da Hemoglobina glicada – HbA1c, tem os valores definidos pela diretriz como: HbA1c entre 4,7% e 5,6% é considerado normal, entre 5,7% e 6,4% é considerado pré-diabetes, Hb1Ac acima de 6,5% em dois exames realizados isoladamente é diagnosticado como diabetes mellitus. Já no diagnóstico através do teste de tolerância à glicose – TOTG, a diretriz define que resultados com valores  $\geq 200$  mg/dl 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose anidra diluída em água, deve ser estabelecido diagnóstico para DM (SBD, 2017).

O controle da diabetes está associado a medidas farmacológicas, com o uso da insulinoterapia e não-farmacológicas, com a adesão da mudança de estilos de vida. Na Diabetes tipo 1 é feita a reposição com insulina para níveis basais do hormônio fisiológico. O controle da glicose na DM tipo 2 pode ser realizada através de hábitos alimentares, saudáveis, exercícios físicos, hipoglicemiantes e da prática da insulinoterapia quando não controlada ou houver descompensação metabólica (Cunha *et al.*, 2020).



O tratamento da DM baseia-se em duas opções com medicamentos: os hipoglicemiantes orais, cujo objetivo é diminuir os níveis glicêmicos e mantê-la dentro dos valores normais e a insulinoterapia que é a aplicação intramuscular de insulina exógena diária para a manutenção dos níveis glicêmicos, podendo ser prescrita tanto para pessoas com DM tipo 1 ou 2 que possuem resistência insulínica ou comprometimento nas células  $\beta$  (Bertonhi; Dias, 2018)

A classificação dos hipoglicemiantes orais de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2018) é feita de acordo com o seu mecanismo de ação em: fármacos que estimulam a secreção pancreática de insulina (sulfonilureias e glinidas), aqueles que diminuem a absorção de glicídios (inibidores das alfa-glicosidases), os que diminuem a produção hepática de glicose (biguanidas) e aqueles que aumentam o uso periférico da glicose (glitazonas).

Já no tratamento baseado na insulinoterapia, são utilizadas as insulinas regular (de ação rápida) e a NPH (de ação intermediária), a forma de aplicação pode ser por via subcutânea, com uso de seringas ou canetas aplicadoras e também o sistema de infusão contínua de insulina, que é feito através do uso de bombas de infusão (OMS, 2018).

Mais recentemente foram disponibilizados no mercado farmacêutico, as insulinas análogas de ação ultra-rápida (asparte, lispro e glusilina), ação prolongada (glargina, detemir e degludeca), as insulinas biossimilares da glargina Lantus® (Basaglar® e Glargilin®), além de pré-misturas que contêm associações entre estas diversas opções (OMS, 2018).

São disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a nível de atenção básica, os seguintes medicamentos orais: cloridrato de metformina; glibenclamida e gliclazida e as insulinas de aplicação regular (OMS, 2018).

Dentre as ações de controle da DM destaca-se essencialmente as ações preventivas, sendo a atenção básica à saúde, o principal agente promotor de tais ações. São múltiplos os fatores envolvidos, sendo fundamental, a participação e envolvimento do paciente nas ações de saúde propostas, medidas terapêuticas como dieta, exercício físico e, em alguns casos o uso de medicamentos são indicadas. O estado nutricional dos pacientes, seus hábitos alimentares, sua constituição emocional e seus ambientes familiares, profissionais e sociais também interferem. Devem ser estimuladas medidas de controle diárias, como mudança de estilo de vida, realização do tratamento adequado e contínuo, checagens periódicas, práticas de autocuidado e por parte dos profissionais, toda a assistência técnica-profissional, bem como diagnóstico precoce, medidas de educação em saúde, prevenção, orientações e tratamento oportuno (Assunção, 2002).

### 3.2 IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS DA DIABETES MELLITUS

De acordo com relatórios epidemiológicos do International Diabetes Federation, há uma crescente carga global da diabetes comprometendo a vida de diversos indivíduos, famílias e países, é considerado um problema de saúde pública para todos os países, independente do seu grau de desenvolvimento. O Atlas de Diabetes da IDF (2021) relata que 10,5% da população adulta (20-79 anos) tem diabetes, com quase metade sem saber que está vivendo com a doença. As projeções indicam que para o ano de 2045, 1 em cada 8 adultos, aproximadamente 783 milhões, viverá com diabetes, um aumento de 46%. Evidencia-se também, que mais de 90% das pessoas com diabetes têm diabetes tipo 2, que é impulsionado por fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos. Os principais fatores que contribuem para o aumento do diabetes tipo 2 incluem, urbanização, envelhecimento populacional, sedentarismo e aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade.

É considerada como uma das principais doenças crônicas não transmissíveis, com alta prevalência, desafiando os sistemas de saúde pública no Brasil e no mundo. No ano de 2021, foram registrados no Brasil, 15,7 milhões novos diagnósticos de diabetes, atingindo o sexto lugar do ranking global (IDF, 2021).

O caráter epidêmico global da diabetes, desencadeia uma série de gastos públicos, este fato pode ser justificado em virtude da alta taxa de hospitalizações e medicamentos, podendo compor metade das despesas com os gastos em saúde direcionados para essa doença (Palasson; Marinho; Pinto 2021).

Os dados do IDF (2021) ressaltam que atualmente se gasta US \$966 bilhões em gastos globais com saúde devido à diabetes. Por região, 43% dos gastos globais atuais relacionados à diabetes estão na América do Norte, 25% no Pacífico Ocidental e 20% na Europa, enquanto 12% são provenientes das regiões da América do Sul e Central, Norte da África, África e Sudeste A Ásia combinada, disse Herman. Estima-se que os custos relacionados ao cuidado para essa condição, devem crescer para US\$1.054 bilhões em 2045.

A nível nacional, de acordo o Departamento de informática do SUS (DATASUS), dados extraídos a partir do sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o valor médio gasto com internações hospitalares para realização de tratamentos de diabetes mellitus no período de 2023 até o atual momento de 2024, é de 1.040,29 R\$ por procedimento. Para o mesmo período, houveram 113.628 mil internações para tratamento de complicações relacionadas à diabetes (Brasil, 2024).

Os gastos excessivos em tratamentos e internações, impactam no desenvolvimento e sobrecarga dos serviços de saúde. Reforçando exponencialmente a importância do estímulo de medidas estratégicas de controle, pautados principalmente na prevenção, detecção precoce e tratamento adequado.

### 3.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS

O alto impacto da DM é constante e de prevalência crescente. É considerado uma condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema dentro da Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, ressaltando o impacto positivo e prioritário da prevenção da diabetes para a saúde pública (Brasil, 2013; Alfradique, 2009).

É primordial para que as ações que envolvem o controle da diabetes aconteçam, haja um envolvimento proativo da equipe multiprofissional, envolvidos na atenção primária, a atuação dos profissionais envolvem medidas preventivas, educativas e de promoção da saúde. O cuidado deve ser baseado na interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde, no qual envolvem o assistencialismo, destacando-se a figura do enfermeiro como fundamental na realização de consultas de rastreio, atividades educativas, solicitação de exames e monitoramento e renovação dos medicamentos que estiverem nos protocolos municipais já estabelecidos (Zimmet; Alberti, 2016).

As principais atividades da equipe multidisciplinar a nível da atenção primária, devem estar pautadas no estímulo ao autocuidado através de mudanças de hábitos de vida, alimentares e medidas educativas sobre a doença. Essas ações podem ser passadas de forma individual ou coletiva, por meio das ações de educação em saúde, rodas de conversa, campanhas de prevenção e etc. (Alfradique *et al.*, 2009).

“As equipes de Atenção Básica devem estar atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária). Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce” (Brasil, 2013, p.27).

As principais ações voltadas ao controle da DM na atenção básica, estão divididas em duas dimensões, sendo: Político-organizacional (PO) e Técnico-assistencial (TA). Em relação a dimensão TA estão incluídas as ações dos processos de trabalho das Equipes de Referência da Atenção Básica (EqAB) e as subdimensões: “Organização do Cuidado”; “Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento”; “Prevenção da DM e suas complicações”. É importante ressaltar que o planejamento e a execução das ações voltadas ao controle da DM, as EqAB devem levar em conta o território de atuação e as características da população sob sua responsabilidade (Brasil, 2013).

A principal medida estratégica realizada pela equipe de saúde, são as atividades educativas, que tem por intuito melhorar o conhecimento das pessoas sobre a DM, assim como incentivá-las a ter hábitos de vida saudáveis (Grillo *et al.*, 2013; Hammerschmidt; Lenardt, 2010).

Desta forma, programas de saúde que buscam abordar amplamente a DM são indispensáveis. O objetivo deles seria promover o cuidado integral e retardar o aparecimento das complicações, principalmente as crônicas (Morais *et al.*, 2009). As ações promovidas no âmbito da atenção primária à saúde (APS), tem um alcance e monitoramento da DM maior, pois a equipe de saúde pode, em parceria com grupos comunitários e familiares, auxiliar as pessoas na busca de soluções, diminuindo os seus problemas de saúde. Além disso, contemplando a integralidade da assistência, os profissionais de saúde podem atuar em todas as fases do processo saúde-doença (Silva *et al.*, 2010).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 GERAL**

Analisar as tecnologias educativas e cuidativas utilizadas pela equipe multiprofissional relacionadas à adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar as principais tecnologias educativas e cuidativas adotadas pela equipe multiprofissional para o cuidado da pessoa idosa diabética;
- Apresentar as limitações vivenciadas pela equipe para a garantia da integralidade do cuidado;
- Analisar os desafios enfrentados no trabalho colaborativo em equipe para a garantia do cuidado da pessoa idosa diabética.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente projeto trata-se de um estudo qualitativo, que utiliza os dados coletados da pesquisa: O uso de tecnologias educativas e cuidativas pela equipe multiprofissional como garantia para a adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas.

### 5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Pinheiro-MA.

As entrevistas foram coletadas no período de janeiro a agosto de 2024. Com os resultados obtidos, realizou-se a escrita no período de agosto a dezembro de 2024.

### 5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram entrevistados 10 profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde do município de Pinheiro-MA.

Para a etapa de pesquisa em campo desta pesquisa, definimos como população os trabalhadores da saúde que atuam nas unidades básicas de saúde da APS.

O estudo teve os seguintes critérios para esta população estudada:

- Critérios de inclusão: ser trabalhador de saúde com Ensino Superior Completo e com vínculo empregatício na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pinheiro-MA, inseridos na atenção primária, que atue no cuidado da população idosa.

- Critérios de exclusão: trabalhadores da saúde da SMS em estágio probatório, em afastamento por motivos de saúde ou demais assuntos, e que se encontravam de férias no período da coleta dos dados.

### 5.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com os profissionais da saúde da APS de Pinheiro-MA. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde da APS do município relacionada a sua compreensão sobre a

importância e relevância de estratégias educativas e de cuidados para a adesão terapêutica para a população idosa diabética. Durante as entrevistas, para o entrevistado obter melhor compreensão do questionário, o termo tecnologias foi explicado com uso similar a práticas.

## 5.5 ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo temática, definida como um conjunto que tem como fator comum interpretação controlada, baseada na inferência. As fases do método de análise de conteúdo são: organização da análise, codificação, categorização e inferência. Os critérios de validade qualitativa são compostos por exaustividade, homogeneidade, exclusividade, objetividade e adequação ou pertinência (BARDIN, 2016). Após a transcrição, as falas foram processadas no software IRAMUTEC®, para análise e compilação dos dados.

## 5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, com parecer favorável de número 6.082.387. Os participantes foram incluídos mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, cumprindo a Resolução número 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## 6 RESULTADOS – artigo conforme normas da revista Enfermagem em Foco

### USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS E CUIDATIVAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA ADESÃO TERAPÊUTICA DE IDOSOS DIABÉTICOS

**RESUMO: Objetivo:** Analisar as tecnologias educativas e cuidativas utilizadas pela equipe multiprofissional relacionadas à adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas. **Método:** Estudo qualitativo com participação de 10 profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde do município de Pinheiro-MA. Os dados foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo temática e após a transcrição, as falas foram processadas no software IRAMUTEC® para análise e compilação dos dados. **Resultados:** A análise do *corpus* no software IRAMUTEC® produziu um dendograma com 6 classes e através destas, de acordo com o objetivo do estudo, se formaram 4 subcategorias de agrupamentos de ideias que discutem o estudo. **Conclusão:** Por conseguinte, verificou-se que, apesar da necessidade de aprimoramento, há tentativas de uso de tecnologias educativas e cuidativas pela equipe multiprofissional para a promoção da adesão terapêutica de idosos diabéticos

**Descritores:** Tecnologia Educacional; Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; População Idosa.

**Descriptors:** Educational Technology; Primary Health Care; Diabetes Mellitus; Aged.

**Descriptores:** Tecnología Educacional; Atención Primaria de Salud; Diabetes Mellitus; Anciano.

## INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica e não transmissível, de origem multifatorial, caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue de forma persistente. Essa condição resulta da ausência ou da incapacidade da insulina de desempenhar adequadamente sua função fisiológica, levando a diversas complicações e disfunções em órgãos vitais. Reconhecida como uma epidemia global, a DM é considerada um grave problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência em todo o mundo, principalmente em idosos<sup>1</sup>.



Conforme dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF), em 2021, o Brasil registrava 15,7 milhões de casos de diabetes, ocupando o sexto lugar no ranking global. Em 2023, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado pelo Ministério da Saúde, a prevalência de diabetes passou de 8,2% em 2021, para 10,2% em 2023. As projeções futuras, revelam ainda uma tendência alarmante de aumento nos casos de diabetes em escala mundial, com estimativas para 643 milhões de casos até 2030 e 783 milhões até 2045.<sup>2,3</sup>

Para idosos com DM2, aderir ao tratamento é essencial para alcançar o controle metabólico, prevenir complicações e garantir a melhoria e a manutenção da qualidade de vida<sup>4</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão é definida como o adequado cumprimento do tratamento médico e dos cuidados prescritos. A falta de adesão ao tratamento farmacológico é uma das principais razões para o agravamento da diabetes, devido à dificuldade em alcançar o controle glicêmico adequado, o que resulta na redução da expectativa e da qualidade de vida<sup>5</sup>.

Assim, a equipe multiprofissional de saúde da Atenção Primária emerge como elemento fundamental nesse processo, constituindo-se como agente fundamental para a implementação de tecnologias educativas e cuidativas que possam ressignificar a experiência do idoso com diabetes, transformando o processo terapêutico. As tecnologias educativas representam instrumentos potentes de comunicação, capazes de traduzir informações complexas sobre o manejo da doença em linguagens acessíveis, promovendo o empoderamento do paciente idoso e estimulando sua autonomia no processo de cuidado e adesão terapêutica<sup>6</sup>.

Nesse contexto, este estudo objetivou analisar as tecnologias educativas e cuidativas utilizadas pela equipe multiprofissional relacionadas à adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, que utiliza os dados coletados da pesquisa: O uso de tecnologias educativas e cuidativas pela equipe multiprofissional como garantia para a adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas. Foram entrevistados 10 profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde do município de Pinheiro-MA no período de janeiro a julho de 2024. Para a etapa de pesquisa em campo desta pesquisa, definimos como população os trabalhadores da saúde que atuam nas unidades básicas de saúde da APS,

Foram utilizados os seguintes critérios para esta população estudada: Critérios de inclusão: ser trabalhador de saúde com Ensino Superior Completo e com vínculo empregatício na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pinheiro-MA, inseridos na atenção primária, que atue no cuidado da população idosa. Critérios de exclusão: trabalhadores da saúde da SMS em estágio probatório, em afastamento por motivos de saúde ou demais assuntos, e que se encontravam de férias no período da coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com os profissionais da saúde da APS de Pinheiro-MA. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde da APS do município relacionada a sua compreensão sobre a importância e relevância de estratégias educativas e de cuidados para a adesão terapêutica para a população idosa diabética. Durante as entrevistas, para o entrevistado obter melhor compreensão do questionário, o termo tecnologias foi explicado com uso similar a práticas.

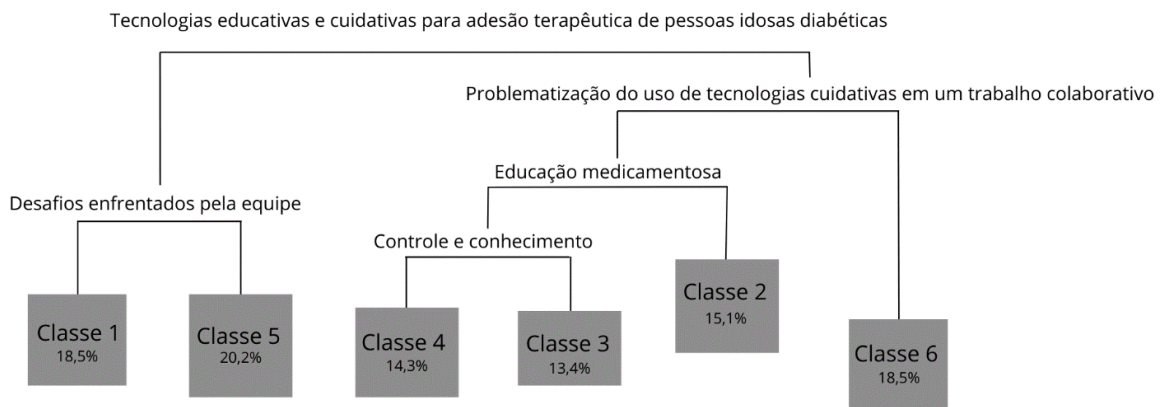
Os dados qualitativos foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo temática, definida como um conjunto que tem como fator comum a interpretação controlada, baseada na inferência. Após a transcrição, as falas foram processadas no software IRAMUTEQ® para análise e compilação dos dados.

O projeto foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, com parecer favorável de número 6.082.387. Os participantes foram incluídos mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, cumprindo a Resolução número 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

Os resultados encontrados revelam aspectos importantes sobre o uso de tecnologias educativas e cuidativas utilizadas para promover a adesão terapêutica de pessoas idosas diabéticas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Integraram a amostra da pesquisa, 10 profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Pinheiro/MA, sendo 9 (90%) UBS da Zona Urbana, 1 (10%) UBS da Zona Rural. Dentre os entrevistados, 5 (50%) eram enfermeiros, 3 (30%) médicos e 2 (20%) odontólogos.

A análise das falas dos entrevistados no software Iramuteq, permitiu produzir a partir do *corpus* um dendrograma que apresentou 6 classes:



Seguindo esta análise, as falas e o agrupamento de ideias analisados de acordo com o objetivo do estudo, levaram à formação de 4 subcategorias centrais, sendo elas: As tecnologias educativas e cuidativas adotadas pela equipe multiprofissional para o cuidado da pessoa idosa diabética; A centralidade do tratamento medicamentoso no cuidado da pessoa idosa diabética; As limitações vivenciadas pela equipe para a garantia da integralidade do cuidado; Os desafios enfrentados no trabalho colaborativo em equipe para a garantia do cuidado da pessoa idosa diabética. Os entrevistados foram identificados como “Ent 01; Ent 03; Ent 04; Ent 05; Ent 06; Ent 07; Ent 08; Ent 09; Ent 10” onde “Ent” refere-se a “Entrevistado” e o número representa a ordem de entrevistas.

### **As tecnologias educativas e cuidativas adotadas pela equipe multiprofissional para o cuidado da pessoa idosa diabética**

As equipes multiprofissionais enfrentam desafios e adotam práticas voltadas principalmente para a educação em saúde, na ausência de tecnologias mais avançadas. Embora as tecnologias de saúde sejam limitadas no sistema público, as práticas educativas, como palestras, rodas de conversa e materiais impressos, têm sido fundamentais para conscientizar os usuários idosos diabéticos sobre sua condição e o manejo da diabetes, como observado nas falas:

*As tecnologias e as práticas educativas são por meio de folders palestras e o cartão do idoso e até a caderneta do idoso que agora iniciou o programa que a gente tem que estar dando mais atenção a esses idosos (Ent 01)*

*Aqui a gente costuma utilizar as rodas de conversa, tem um dia pra fazer o hiperdia na quinta-feira e a gente traz vídeos e músicas, inclusive agora no carnaval fizemos o bloquinho do hiperdia, fazendo com que os pacientes viessem até a UBS tendo um atrativo, uma forma diferente de buscar eles (prática cuidativa) (Ent 02)*

*com frequência tem palestras voltadas pra esses pacientes com diabetes. nessas palestras é orientado sobre a importância do seguimento terapêutico, orientado em relação a práticas de atividade física e dieta (Ent 04)*

*As práticas de educação em saúde são as orientações que a gente passa sobre o conhecimento sobre a doença dos pacientes precisam saber que doença eles tem o que o diabetes e falas dos cuidados que tem que ter (Ent 05)*

*nossa parte de orientação e de educação em saúde e uma prática de cuidado, nós fizemos. e vamos manter. englobei de forma geral em relação à educação em saúde e as práticas do cuidado, mas é basicamente isso. também fazemos ações. nós temos áreas sem atendimento então, levamos a saúde pra dentro da comunidade (Ent 07)*

Esses dados mostram que a educação em saúde é a principal ferramenta utilizada pela equipe para garantir que os usuários idosos diabéticos compreendam sua condição e a importância do cuidado contínuo. Contudo, há ainda profissionais que não identificam a educação em saúde como tecnologia educativa e, portanto, não reconhecem uso de tecnologias de saúde em seu cuidado:

*Em relação a tecnologia de saúde aqui na rede pública de saúde não tem, mas reforçamos muito as práticas educativas (Ent 04)*

*Na minha prática, e a conversa com o paciente. Baixa tecnologia. (Ent 08)*

### **As limitações vivenciadas pela equipe para a garantia da integralidade do cuidado**

Os participantes relataram diversas limitações que afetam a integralidade do cuidado, principalmente relacionadas à infraestrutura e recursos disponíveis, como a falta de insumos, transporte e dificuldades nos encaminhamentos para especialistas, o que compromete a qualidade das práticas de cuidado. Adentra, portanto, a necessidade de se fazer uma gestão mais participativa, que é perceptível nas seguintes falas:

*Insumos e transporte fixo pra cada equipe. Se eu tivesse um transporte pra fazer busca ativa de paciente, visitas domiciliares e áreas abrangentes nós alcançaríamos mais público e dessa maneira, consequentemente, atingiríamos um número melhor em nossos indicadores (Ent 02)*

*Às vezes, o próprio agente de saúde se desmotiva com as palestras e incentivamos a importância dessa educação. (Ent 05)*

*Eu e alguns dentistas que eu conheço, de modo geral, nós não temos muito aquela resposta do paciente, porque ficamos aqui contidos no nosso ambiente de trabalho. Sinceramente, não fazemos visitas domiciliares, não tem aquela proximidade maior que as vezes o enfermeiro tem, o retorno que às vezes o médico tem (Ent 06)*

*Então o encaminhamento pro nutricionista, se tiver o serviço bem equalizado. Se tiver um sistema que possa encaminhar esses pacientes com mais facilidade e com menos dificuldade que é o principal problema daqui da região e a dificuldade de encaminhar para os especialistas (Ent 10)*

Essas limitações indicam que, embora as equipes multiprofissionais estejam comprometidas com o cuidado, a falta de recursos e infraestrutura adequada dificulta a oferta de um cuidado integral. No entanto, há também desafios que podem ser solucionados pela própria equipe, como se traz na fala seguinte que se trata da proximidade entre os profissionais e a população:

*[...] e a gente traz vídeos e músicas [...] fazendo com que os pacientes viessem até a ubi tendo um atrativo, uma forma diferente de buscar eles. (Ent 02)*

*[...] a resistência é muito grande, de vir, porque eles só saem dia de quinta-feira para vir na ubi para atendimento médico, e eles querem vir para consulta. para fazer atividade física eles não têm muita essa habilidade. (Ent 05)*

## **A centralidade do tratamento medicamentoso no cuidado da pessoa idosa diabética**

O tratamento medicamentoso é em diversas falas relatado como parte central do cuidado, com foco na orientação dos usuários idosos diabéticos e cuidadores sobre a administração correta e a importância de sua adesão:

*Pra conscientização, pra incentivar vir às consultas com a prescrição de medicações. As práticas de educação em saúde entram como essas ações que fazemos de conscientização pra entenderem o que é a doença e qual é a forma de tratamento (Ent 03)*

*As formas e condutas que conheço e estar orientando o paciente a estar tomando medicação de forma correta fazendo a dieta que precisa ser feita e o enfermeiro estar fazendo essas orientações em conjunto com a médica e também com o técnico (Ent 01)*

*A maioria dos nossos pacientes são idosos e têm o cuidador. O cuidador também tem que estar orientado para administrar essa medicação no horário certo. Quem se propõe a ser cuidador tem que estar ciente sobre que*

*doença aquela pessoa tem, o porquê de estar tomando aquela medicação, a importância daquela medicação, os horários que devem ser respeitados – (Ent 05)*

*Nós temos cerca de 276 diabéticos, e tentamos trabalhar com eles, fazendo rastreios, visitas domiciliares, saber qual medicação utilizam, se estão fazendo uso dessa medicação correta, ou porque não estão fazendo, se é falta da medicação, se é a falta da orientação (Ent 07)*

Esse conjunto de dados reforça que o cumprimento rigoroso da medicação é um dos principais enfoques das equipes no cuidado à pessoa idosa com diabetes. Além disso, evidencia a busca do usuário idoso diabético pelo profissional médico para prescrição de medicamentos e não de cuidados ou orientações e educações:

*São mudanças visíveis porque a partir do momento que eles estão cientes de como tem que lidar com a doença, eles procuram mais a UBS e vem em busca das consultas com a enfermeira pra tirar dúvidas e com a médica pra ver a continuidade da medicação, então as mudanças são positivas (Ent 01)*

### **O trabalho colaborativo em equipe para a garantia do cuidado da pessoa idosa diabética**

O trabalho colaborativo entre os profissionais é relatado nas falas dos entrevistados, especialmente na implementação de práticas educativas, como a promoção de atividade física e alimentação balanceada, as quais são reconhecidas como fundamentais para o cuidado das pessoas idosas diabéticas:

*As formas e condutas que conheço é estar orientando o paciente [...] e o enfermeiro estar fazendo essas orientações em conjunto com a médica e também com o técnico. (Ent 01)*

*Eu vejo que o paciente precisa, além do uso da medicação de forma adequada, nos horários que são prescritos pelo médico, associar com a atividade física, que é muito importante, e também uma alimentação balanceada e adequada. E aqui nós temos nutricionista, sempre encaminhamos para dar esse suporte. Nós temos educador físico, estamos tentando montar um grupo para eles fazerem atividade. (Ent 05)*

Embora haja um reconhecimento formal da importância do trabalho colaborativo na saúde, na prática observa-se uma centralização das ações nos profissionais médicos e enfermeiros. Esta fragmentação do trabalho em equipe gera ausência de uma comunicação efetiva entre os diferentes profissionais sobre os cuidados prestados às pessoas idosas diabéticas, além de carência de discussões interprofissionais que poderiam resultar em práticas mais resolutivas e integradas.

Como consequência, anula-se a abordagem inter e multidisciplinar comprometendo a qualidade da assistência à pessoa idosa diabética, como pode ser observado:

*[...] não tem aquela proximidade maior que as vezes o enfermeiro tem, o retorno que às vezes o médico tem. [...] somente em casos mais graves, que está visível, que o paciente se queixa com o enfermeiro, com o médico, então a organização da equipe, da organização multiprofissional no atendimento ali com relação às práticas educativas, porque a prática de intervenção, da limitação do dano e mais fácil, mas o educativo e mais complicado. (Ent 06)*

## **DISCUSSÃO**

Dentre os resultados obtidos, é destacável a maior participação dos enfermeiros nas entrevistas realizadas. Essa maior contribuição em estudos pode ser relacionada ao incentivo do desenvolvimento da competência em pesquisa científica desde a graduação, instituída pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) em 2001. Assim, o profissional enfermeiro, que é por formação pesquisador, contribui com maior facilidade e engajamento em questionários e entrevistas<sup>7</sup>. Além disso, ressalta-se a própria organização dos serviços de saúde e a acessibilidade a esses profissionais, que atuam em todos os níveis de atenção<sup>8</sup>.

No contexto da saúde, o termo tecnologia é frequentemente associado a equipamentos avançados e complexos capazes de realizar serviços altamente especializados, como aparelhos de imagem ultra modernos. Ou seja, a tecnologia em saúde é associada a dispositivos que podem aumentar a segurança e a eficácia no atendimento à pessoa idosa diabética. Desta forma, há um distanciamento da compreensão de tecnologia também como prática dos profissionais de saúde, produto da relação diária profissional x paciente x comunidade<sup>9</sup>.

Segundo Merhy e Chakkour, as tecnologias quando relacionadas a saúde, podem ser classificadas como: leve – caracterizada pela humanização, acolhimento e criação de vínculo com o paciente, leve-dura – caracterizada pela utilização de conhecimentos científicos estruturados como base para cuidados como palestras, panfletos, compressas, massagens etc. e dura – caracterizada como instrumentos tecnológicos, como bombas de infusão, glicosímetro, *softwares* e vídeos<sup>10</sup>. As tecnologias em saúde, são, portanto, cuidativas e educativas e, na APS, visam alcançar a promoção a saúde e a prevenção de agravos<sup>11</sup>.

Desta forma, observa-se que as tecnologias estão presentes nos serviços prestados pelos entrevistados, visto que englobam as práticas de cuidado profissional desde o conhecimento teórico que ele detém, à interação em consultório, o plano terapêutico e procedimentos realizados. Contudo, é notória a predominância do uso de tecnologias leve-dura no dia a dia dos profissionais entrevistados, evidenciadas pelas falas que

frequentemente mencionam somente o uso de palestras como tecnologia educativa e de cuidado.

Além disso, essas falas dos participantes mostram a falta de reconhecimento quanto à utilização de tecnologias educativas e cuidativas na prática profissional. Em seus discursos, nota-se com frequência uma concepção de tecnologias educativas e cuidativas centrada no tratamento medicamentoso. Essa não percepção e compreensão da própria prática de cuidado, ocasiona a falta de avaliação e continuidade do serviço prestado, visto que não se investiga ou se afere a eficácia das ações praticadas ou de planejamento terapêutico. Assim, os profissionais continuam adotando uma visão mecanicista no cuidado, o que limita o processo de trabalho e leva à reprodução do modelo biomédico tradicional<sup>12,13</sup>.

Dentre os aspectos que interferem na adesão e aplicação das tecnologias educativas e cuidativas, é pontuado nas falas descritas a falta de recursos, estrutura e de maiores investimentos e incentivos da gestão e da assistência nas tecnologias. É notório que as estratégias estabelecidas são limitadas e permeadas por problemáticas que comprometem tanto a qualidade dos serviços prestados quanto os resultados em adesão terapêutica dos usuários idosos diabéticos. Por conseguinte, sem os recursos adequados, os profissionais permanecem com alcance reduzido da população<sup>14</sup> e sem estímulo para renovação de conhecimento e aplicação de novas tecnologias no cuidado prestado.

Os profissionais entrevistados evidenciaram ainda, falta de reconhecimento do cuidado integral, holístico e multiprofissional. Essa limitação fica clara nas falas que revelam ações assistenciais cotidianas fragmentadas, realizadas de forma isolada e por vezes com ênfase em um modelo curativo e não preventivo. Tal abordagem contraria os princípios da integralidade previstos no SUS<sup>15</sup>, apontando para uma necessidade urgente de transformação na compreensão e prática do cuidado. As experiências relatadas pelos profissionais reforçam a necessidade de reorganizar o processo de trabalho<sup>16</sup>, integrando novas práticas que promovam uma abordagem colaborativa, multiprofissional e eficaz na prevenção e promoção da saúde<sup>17</sup>, alinhada aos preceitos de um cuidado holístico.

A organização da equipe de saúde para desenvolver um trabalho interprofissional não é algo novo, contudo, se revela de difícil alcance, pois os profissionais ainda estão muito arraigados aos conhecimentos de seu campo com dificuldade em promover uma verdadeira integração<sup>18,19</sup>. O trabalho interprofissional vem se mostrando como um dos melhores métodos de atuação em saúde para enfrentar e modificar os diversos desafios presentes nesse meio<sup>20</sup>: desentendimento a respeito da prioridade de cuidado do paciente, chegada de novos



profissionais na equipe, ausência de confiança, de reconhecimento do trabalho e de colaboração na assistência ao paciente, além de ausência de políticas de gestão<sup>21</sup>.

Assim, a ação interprofissional requer um trabalho em equipe, participativo e colaborativo entre os diferentes profissionais<sup>22,23</sup>, tendo como objetivo atuar de forma articulada, fortalecendo a centralidade no usuário, visando o cuidado das necessidades de saúde e o seu contexto de vida, isso possibilita uma resolutividade ampliada dos serviços prestados e qualifica a atenção à saúde. É necessário, portanto, que as tecnologias educativas e cuidativas sejam amplamente debatidas no contexto da saúde, envolvendo tanto os profissionais quanto a população idosa. Além disso, é preciso desenvolver novas tecnologias que favoreçam a assistência a esses pacientes, a fim de transformar o processo de envelhecimento visando a autonomia e melhoria da qualidade de vida nessa faixa etária<sup>24</sup>.

### **Limitações do Estudo**

Como limitações desta pesquisa, aponta-se a veracidade das informações e subjetividade dos dados. É limitante também a impossibilidade de equalização dos perfis dos entrevistados quanto às suas profissões devido à dificuldade de contatar odontólogos e médicos no serviço de saúde. E, como em qualquer pesquisa local, salienta-se em conjunto o risco de os dados refletirem apenas uma realidade regional.

Para que haja avanço e melhorias, Mays e Pope defendem que a pesquisa qualitativa deve superar preconceitos, conceitos errôneos e diversos mal-entendidos. Um exemplo é a possibilidade do “n” reduzido, que não significa que, por ser reduzido, não seja significativo e não tenha uma razão para sua definição<sup>25</sup>. Sugere-se, portanto, desenvolvimento no futuro de pesquisas que envolvam um número maior de participantes, utilizando o método de triangulação para enriquecer a análise com dados robustos.

### **Contribuições para a Prática**

Esta pesquisa contribui para o meio acadêmico e social ao expandir o conhecimento sobre tecnologias de educação e cuidado, fortalecendo o campo da Atenção Primária à Saúde. Além disso, permite uma análise do serviço de saúde, promovendo práticas mais qualificadas dos profissionais no cuidado aos idosos diabéticos, seus cuidadores, suas famílias e a comunidade.

## **CONCLUSÃO**

Em suma, nas falas relatadas mostram que há tentativas de uso de tecnologias educativas e cuidativas pela equipe multiprofissional para a promoção da adesão terapêutica de idosos diabéticos. Contudo, apontam também a necessidade de aprimoramento e avaliação contínua das estratégias utilizadas, visando maximizar seu impacto na saúde e qualidade de vida dessa população.

Assim, há a necessidade de estudos que abordem a efetividade das tecnologias educativas e cuidativas na adesão terapêutica de idosos diabéticos enquanto estratégias de ensino-aprendizagem na saúde, buscando verificar as mudanças da prática profissional e o impacto gerado na qualidade de vida dos idosos diabéticos, relacionando como uso das tecnologias educativas e cuidativas influenciam no controle da diabetes e assim, na redução de complicações associadas à doença.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. World Health Organization. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
2. International Diabetes Federation. Diabetes around the World in 2021 [Internet]. IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation; 2021. Available from: <https://diabetesatlas.org/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
4. Oliveira DF, Morais AS, Sena AC da S, Pereira CV, Bezerra E da S, Silva KK, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um Centro Integrado de Saúde. Brazilian Journal of Natural Sciences. 2020 Dec 1;3(3):430.
5. Coelho Gomes A, Amanne Medeiros Ribeiro G, Seabra Moraes M, Cristina de Miranda Gonçalves I, de Almeida Gonçalves Sachett J. Adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments in adults with type 2 diabetes. O Mundo da Saúde. 2020 Jan 1;44:381–96.
6. Lima AM da C, Piagge CSLD, Silva ALO, Robazzi ML do CC, Mélo CB, Vasconcelos SC. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. Enfermagem em Foco [Internet]. 2020 [cited 2022 May 5];11(4). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3277>.
7. Begui JR, Guariente MHD de M, Garanhani ML, Carvalho BG de, Ferrari RAP, Galdino MJQ. Pesquisa como princípio científico e educativo na formação do enfermeiro. Ciência, Cuidado e Saúde. 2020 Feb 18;19(Publicação Contínua).
8. Silva MCN da, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020Jan;25(1):07–13. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>.
9. Cunha BS, Carneiro BR, Conceição LKL et al. Novas Tecnologias nas áreas de educação e da saúde: reflexões para prática docente. In: Silva GTR (Org.). Concepções, estratégias pedagógicas e metodologias ativas na formação em saúde: desafios, oportunidades e aprendizados. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 83-90.
10. Merhy E, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Portuguese [Internet]. 2008 Apr 30; Available from: [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_pt/326](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/326).
11. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPISECI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECI).

12. Barbosa A de S, Teixeira BRF, Oliveira AM, Pessoa TRRF, Vaz EMC, Forte FDS. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde debate* [Internet]. 2022Dec;46(spe5):67–79. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506>.
13. Soares Raimundo J, Da Silva RB. Reflexões sobre o predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Rev Mosaico* [Internet]. 2020;11(2):109–16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>.
14. Nicolau K, Faria B, Palos C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. *Saude soc* [Internet]. 2021;30(4):e210085. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210085>.
15. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. [Internet]. Planalto.gov.br. 2022. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm).
16. Pavinati G, Lima LV de, Soares JPR, Nogueira IS, Jaques AE, Baldissera VDA. Tecnologias Educacionais para o Desenvolvimento de Educação na Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2022 Sep 28;26(3).
17. Reuter CLO, Santos VCF dos, Ramos AR. The exercise of interprofessionality and intersectoriality as an art of caring: innovations and challenges. *Escola Anna Nery*. 2018 Oct 29;22(4).
18. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD dos, Pontes JEM de, Luz NF, et al.. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022;26:e20210141. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>.
19. Oliveira AV de, Sabino BCN, Dias LR, Gouvea ABV, Garbelini GU, Paiva IG, Timpone L de A, Moreira PRA, Lima LV de, Filho PA. Avaliação da longitudinalidade em unidades básicas de saúde tradicionais e com estratégia de saúde da família utilizando o Primary Care Assessment Tool (PCATool). *REAS* [Internet]. 27ago.2020;12(12):e3895. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e3895.2020>.
20. Barbosa A de S, Teixeira BRF, Oliveira AM, Pessoa TRRF, Vaz EMC, Forte FDS. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde em Debate* [Internet]. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506>.
21. Silva JAM da, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015 Dec;49(spe2):16–24. Available from: DOI: 10.1590/S0080-623420150000800003.
22. Kanno N de P, Peduzzi M, Germani ACCG, Soárez PCD, Silva ATC da. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2023;39(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt213322>.

23. Farias DN de, Ribeiro KSQS, Anjos UU dos, Brito GEG de. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. Trab educ saúde [Internet]. 2018Jan;16(1):141–62. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>.
24. Pereira ELC, Zanin Sanguino G, Sales Ronchi T, Fernanda Previato G, Estevam Jaques A, Denardi Antoniassi Baldissera V. Tecnologias educativas gerontogeriatricas nas diferentes temáticas de saúde: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2019 Aug 16;9. Available from: <https://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2768/2153>.
25. POPE C, Mays N, organizadores. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p 97-99.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo apresentou falas que mostraram que a equipe multiprofissional busca implementar tecnologias educativas e cuidativas para melhorar a adesão ao tratamento de idosos com diabetes. No entanto, evidenciam também que essas estratégias precisam ser aperfeiçoadas e avaliadas constantemente para maximizar seus benefícios na saúde e bem-estar desse grupo.

Deste modo, é essencial desenvolver pesquisas que analisem se essas tecnologias são realmente eficazes como ferramentas de ensino-aprendizagem em saúde, verificando tanto as mudanças na atuação dos profissionais quanto seus efeitos na qualidade de vida dos idosos diabéticos. Isso inclui compreender como o uso dessas tecnologias pode auxiliar no manejo do diabetes e diminuir suas complicações à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

ALMEIDA, J.S.; ALMEIDA, J.M. A educação em saúde e tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v.20, n.1, p.13-17, 2018. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/31638/pdf>. Acesso em: 28 jan 2023.

ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso. **Fatores relacionados ao controle do Diabetes Mellitus em pacientes atendidos na rede de atenção primária à saúde, 2002**. Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, 2002.

BARBOSA, A. DE S. et al.. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe5, p. 67–79, dez. 2022.

BEGUI, J. R.; GUARIENTE, M. H. D. DE M.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. DE; FERRARI, R. A. P.; GALDINO, M. J. Q. Pesquisa como princípio científico e educativo na formação do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 18 fev. 2020.

BERTONHI, Laura Gonçalves; DIAS, Juliana Chioda Ribeiro. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v.2, n.2, p.1-10, 2018.

BOTELHO, F. C.; FRANÇA JUNIOR, I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? **Rev Panam Salud Pública**, v.42, e159, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm).

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8080, 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. Planalto.gov.br. 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/2528\\_pnspi.pdf](http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf). Acesso em: 20 jan 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jan 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Social. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: 1996. 33p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. n.19 Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 192 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Obesidade. **Caderno de Atenção Básica**, v.12. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006d. Disponível em: [http://www.medlearn.com.br/ministerio\\_saude/atencao\\_basica/cadernos\\_atencao\\_basica\\_12\\_obesidade.pdf](http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_12_obesidade.pdf). Acesso em: 29 jan 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: **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 2019. Brasília, DF: MS, 2020.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico. Brasília, DF: MS, 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jan 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Procedimentos hospitalares do Sus - por local de Internação – Brasil.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def> Acesso em: 18 jul. 2024.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

CINGOLANI, Horácio E.; HOUSSAY, Alberto. B. **Fisiologia Humana**, 7. ed, 2003.

COSTA, A. F. *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1 -14, 2017.

CUNHA, G.H. *et al.* Prática insulínoterápica realizada por pessoas com diabetes na Atenção Primária em Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 2020.

CUNHA, B.S. *et al.* Novas Tecnologias nas áreas de educação e da saúde: reflexões para prática docente. In: Silva GTR (Org.). **Concepções, estratégias pedagógicas e metodologias ativas na formação em saúde: desafios, oportunidades e aprendizados.** Brasília, DF: Editora ABen; 2022. 83-90 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e17.c10>.

DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1637-1646. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342019>. Acesso em: 30 jan 2023.

FARIAS, D. N. DE . et al.. INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141–162, jan. 2018.

GOMES, A. C.; RIBEIRO, G. A. M.; MORAES, M. S.; GONÇALVES, I. C. M.; DE SACHETT, J. A. G. Adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments in adults with type 2 diabetes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 44, p. 381–396, 2020. Disponível em: DOI: 10.15343/0104-7809.202044381396. Acesso em: 3 dez. 2024.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.A. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.2, p.358-365, 2010.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **Lancet**, v.392, p. 1461-1472, 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População**. Projeção da população por sexo e idades - 2010-2060. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 13 jan 2023.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - PNAD Contínua**: Características gerais dos domicílios e dos moradores - 2019. População residente, por sexo e grupos de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=27258&t=resultados>. Acesso em: 13 jan 2023.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas 10th edition**. IDF, 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/tenth-edition>. Acesso em 04 jun. 2024.

KANNO, N. DE P. et al.. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. e00213322, 2023.

KÄMPFEN, F.; WIJEMUNIGE, N.; EVANGELISTA JR, B. Aging, non-communicable diseases, and old-age disability in low- and middle-income countries: a challenge for global health. **Int J Public Health**, v.63, p.1011-1012, 2018.

LIMA, A. M. DA C. et al. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, 2020.

LISBÔA, R. M. **Avaliação de tecnologias em saúde na saúde suplementar brasileira: a dualidade entre o público e o privado sob a luz da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. 2022. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

LOUREIRO, A. P. F. Desafios do envelhecimento populacional: por uma educação permanente participada. **Laplage em revista**, Sorocaba, v. 5, n.2, p. 42-49, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPISECI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECI).

MERHY, E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. **Portuguese**, 30 abr. 2008.

MORAIS, G.F.C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev. enferm. UERJ**, v.17, n.2, p. 240-245, 2009.

NICOLAU, K.; FARIA, B.; PALOS, C.. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, p. e210085, 2021.

OLIVEIRA A. V., et al. A. Avaliação da longitudinalidade em unidades básicas de saúde tradicionais e com estratégia de saúde da família utilizando o Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e3895, 27 ago. 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Insulinas análogas de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo II, 2018**. Brasília. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Relatorio\\_InsulinasAnalogas\\_AcaoProlongada\\_DM2\\_CP80\\_2018.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Relatorio_InsulinasAnalogas_AcaoProlongada_DM2_CP80_2018.pdf) acesso em: 24 jun. 2024.

PALASSON, R.R. *et al.* Internações hospitalares por Diabetes Mellitus e características dos locais de moradia. **Acta Paul Enferm.**, v.34, p.1–8, 2021.

PAVINATI, G. et al. Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 28 set. 2022.

PEREIRA, E. L. C. *et al.* Tecnologias educativas gerontogeriatricas nas diferentes temáticas de saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 16 ago. 2019. GRILLO, M.F.F. *et al.* Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev assoc med bras.**; v.59, n.4, p.400-405, 2013.

POPE C, Mays N, organizadores. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p 97-99.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. DOS; RAMOS, A. R. The exercise of interprofessionality and intersectoriality as an art of caring: innovations and challenges. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 29 out. 2018.

RIBEIRO, A. A. et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

ROCHA, M. R. da *et al.* Health literacy and adherence to drug treatment of type 2 diabetes mellitus. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. Esc. Anna Nery, v.23, n.2, e20180325, 2019.

RODAÇKI, Melanie *et al.* **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022. SBD, 2022.

ROMERO, D. *et al.* Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.13, n.1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1569>. Acesso em: 13 jan. 2023.

SANTOS, A.L. *et al.* Adesão ao tratamento de diabetes Mellitus e relação com a assistência na atenção primária. **Rev. Min. Enferm.**, v.24, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200008>. Acesso em: 1 mar 2023.

SILVA, D. S. M. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.25, n.5, e210204, 2022.

SILVA, J. A. M. DA *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde\*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 16–24, dez. 2015.

SILVA, L. M. C. *et al.* Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. **Rev Esc Enferm USP.**, v.44, n.2, p.462-468, 2010.

SILVA, M. C. N. DA; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 7–13, jan. 2020.

RAIMUNDO, J. S.; DA SILVA, R. B. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 109–116, 2 dez. 2020.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020, 2019**. Editora científica CLANAD, 2019.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>  
f. Acesso em: 3 jan 2023.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes. World Health Organization. 2024. WHO, 2024.

\_\_\_\_\_. **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneve: WHO, 2003.

ZIMMET, P.; ALBERTI, G.K. Epidemiology of Diabetes: Status of a Pandemic and Issues Around Metabolic Surgery. **Diabetes care.**, v.39, n.6, p.878-883, 2016.

## Apêndice – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Profissionais da Saúde

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CURSO DE MEDICINA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 510/2016)

Prezado (a) colega,

Sou pesquisadora e docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no campus de Pinheiro, e venho através deste convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada **O uso de tecnologias educativas e cuidativas pela equipe multiprofissional como garantia para a adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas.**

Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, que tem como objetivo analisar as tecnologias educativas e cuidativas utilizadas pela equipe multiprofissional relacionadas à adesão terapêutica em pessoas idosas diabéticas.

O convite para a sua participação deve-se ao fato de ser profissional de saúde, atuante na Atenção Primária à Saúde, no município de Pinheiro/MA. Sua participação é voluntária, sigilosa e isenta de despesas ou remuneração. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

Caso aceite participar, a coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada e posteriormente serão aplicados questionários para a coleta de dados sociodemográficos e profissionais. Realizaremos todas as etapas em horário agendado conforme sua disponibilidade. Se o agendamento ocorrer em horário de trabalho, os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, devem ser expressamente autorizados pelo dirigente da instituição e deverão ser respeitados os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais, conforme estabelecido pela Resolução 580/2018.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser assinado em duas vias e entregue anteriormente às entrevistas, garantindo sua autorização para a coleta dos dados necessários para o alcance dos objetivos desta pesquisa. A entrevista assim como a aplicação dos questionários terão duração média de 40 minutos.

Durante a entrevista, haverá a gravação da voz do participante e do entrevistador, sem qualquer uso de imagem. Esta gravação será transcrita e você poderá ler a transcrição.

Todas as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em publicações ou eventos científicos.

Enquanto participante desta entrevista, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na investigação sobre o as tecnologias educativas e cuidativas e sua importância para a efetividade do cuidado, qualidade da atenção à saúde e para o bem-estar do usuário idoso. Entende-se que compreender as atividades prestadas pela equipe de saúde à população idosa com diabetes faz-se relevante para elaboração de proposta de implantação de saúde da pessoa idosa, envolvendo os atores que fazem parte dessa realidade.

Quanto aos riscos, cabe salientar que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes (Resolução 510/2016). Nesta pesquisa, os riscos são mínimos e estão relacionados a desconforto ou possível constrangimento em responder às questões abordadas e, tratando-se de dados que serão transcritos e armazenados em arquivo digital, poderá haver risco na segurança na transferência e no arquivamento dos dados.

Para minimizar os riscos, serão adotadas medidas como: a. abordagem humanizada, com escuta atenta e acolhimento do participante e garantia de liberdade para não responder questões constrangedoras, sem a necessidade de explicações ou justificativas; b. Garantia do sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa e o armazenamento adequado dos dados coletados, com download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Você está recebendo duas vias deste termo, que devem ser rubricadas em todas as páginas por você e por mim. Neste termo, consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal com quem poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos serão respeitados, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA), seguindo resolução CNS 510/2016, com autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiro/MA.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão que protege o bem-estar dos



participantes das pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do HUUFMA, localizado na Rua Barão de Itapari, 227, 4º andar - Centro, São Luís - MA. E-mail: cepufma@ufma.br. Telefone: (98) 3272-8708.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877. E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato:

Pesquisadora Responsável: Amanda Namíbia Pereira Pasklan

Contato telefônico: (98) 99210-1122; E-mail: amanda.namibia@ufma.br

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

Pinheiro, de de 202\_.

Participante da pesquisa:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura:

Assinatura da Pesquisadora

## Anexo - Normas da Revista Enfermagem em Foco

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SUBMISSÃO

#### Modelos Arquivos (*Templates*)

- **Folha de Rosto**
- **Manuscrito (arquivo principal)**
- **Checklist**
- **Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta**

**1 – FOLHA DE ROSTO – deve ser enviada separadamente do artigo EM ARQUIVO NO FORMATO MICROSOFT WORD (NÃO usar formato PDF).**

#### **A Folha deverá conter, obrigatoriamente:**

- Identificação do **Tipo de Artigo** que corresponde o manuscrito submetido;
- **Título** do manuscrito, conciso e informativo, em caixa alta, com no máximo 15 palavras. Não devem ser utilizadas abreviaturas, siglas ou localização geográfica da pesquisa.
- **Nome completo dos autores**, sem abreviações, numerados em algarismos arábicos sobrescritos. Os autores deverão seguir a forma como seus nomes são indexados nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID ao lado do nome de cada autor, entre parênteses. O cadastro no ORCID pode ser feito no [www.orcid.org](http://www.orcid.org).
- **Afiliação dos autores**: instituição de vínculo atual, considerando a maior hierarquia institucional, cidade e estado, seguindo a ordem da numeração arábica dos nomes dos autores;
- Indicação do **autor correspondente** (nome, e-mail);
- **Contribuições dos autores**, segundo critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) que recomenda as seguintes contribuições: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada;
- **Agradecimentos**, se houver. Informações sobre as fontes de financiamento devem ser incluídas neste item.
- Informação se existe **conflitos de interesse** por parte dos autores; e
- Indicação de **manuscrito extraído de dissertação, tese ou trabalho de conclusão de curso**, informando título, ano de defesa, programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada, quando pertinente.

**2 – DOCUMENTO PRINCIPAL – Não deverá ter nenhuma identificação dos autores e o arquivo deve ser em WORD. Arquivos submetidos em pdf serão recusados e a submissão será arquivada.**

– **Tipo de artigo** que corresponde o manuscrito, conforme o padronizado pela Revista;

– **Título em negrito, nos três idiomas (português, inglês e espanhol), em caixa alta**, sem siglas, sem local e sem tipo de estudo (como revisão integrativa ou relato de experiência), e com no máximo 15 palavras;

– **Descritores**, nos três idiomas (português, inglês e espanhol), separados por ponto e vírgula, com primeira letra em maiúscula. **Os descritores** devem ser de três a cinco e de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou o Medical Subject Heading – MeSH ([www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh)).

– **Resumo**, nos três idiomas (português, inglês e espanhol), contendo: objetivo, métodos, resultados e conclusões, com no máximo 200 palavras. Não deve conter siglas e citações de autores. Ensaio clínico deverá apresentar o número do registro no final do resumo.

– **Corpo do manuscrito:** Deve ser estruturado com Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Limitações do estudo, Contribuições para a prática, Conclusão ou Considerações Finais e Referências. Os artigos de opinião, reflexão e relato de experiência poderão assumir outros formatos.

– A **Introdução** deverá abordar brevemente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base na literatura nacional e internacional atualizada. O **Objetivo**, apresentado no final da introdução, deverá estabelecer a questão principal do estudo e ser idêntico ao apresentado no resumo.

– A revista adota as citações alfanuméricas, numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, após a pontuação, sem espaço entre a palavra anterior e o número da citação [Exemplo: cuidado.(5)].

– Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado.(1-5)]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado.(1,3,5)].

– As citações textuais devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

– Os **Métodos** deverão ser apresentados em tópicos: Tipo de estudo (especificando a abordagem e o desenho); Local do estudo (descrever cenário, se pertinente); Participantes do estudo (população e amostra), com definição dos critérios de seleção (inclusão e exclusão); Coleta de dados – instrumento(s) e procedimentos de coleta (período de coleta e descrição das etapas); Procedimentos de análise e tratamento dos dados quanti e/ou qualitativos; Aspectos éticos (descrição dos aspectos éticos e **incluir número do CAAE da Plataforma Brasil**; NÃO é necessário o número de parecer do CEP).

*\* Não há necessidade de referenciar no texto as Resoluções 466/2012 ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. No entanto, deve-se mencionar o seu cumprimento.*

Pesquisas envolvendo animais, realizadas no Brasil, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa no Cuidado e Utilização de Animais, conforme estabelece a Resolução Normativa CONCEA 30/2016.

Pesquisas envolvendo animais desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética do país de origem.

– Os **Resultados** deverão apresentar e descrever somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Poderão ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, destacando o que é mais importante, sem repetição de dados. Em caso de depoimentos (frases ou parágrafos ditos pelos participantes da pesquisa qualitativa), utilizar itálico e apresentá-los em novo parágrafo, com recuo à Direita, parágrafo 1,5 linha e letra 10. A identificação dos participantes da pesquisa deve ser codificada e estar entre parênteses, sem itálico, de forma a preservar a identidade dos mesmos. Nas tabelas, os dados de frequência absoluta e relativa devem ser apresentados em uma única coluna [Exemplo: n (%)].

– A **Discussão** deverá ser restrita aos resultados apresentados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com a literatura nacional e internacional.

– As **Limitações do Estudo** devem ser apresentadas de maneira sucinta em tópico específico.

– As **Contribuições para a Prática** devem ser apresentadas após as limitações do estudo, em um novo tópico, também de forma sucinta.

– A **Conclusão ou Considerações Finais** deverão ser claras e objetivas, respondendo diretamente aos objetivos e/ou hipóteses do estudo, com base nos resultados e na discussão. Não deverão conter referências.

– **Referências** – devem ser atualizadas (pelo menos 70% de artigos publicados em periódicos, nos últimos cinco anos, indexados em bases de dados nacionais e internacionais) e utilizando estilo Vancouver. Veja abaixo mais instruções.

**3 – FORMULÁRIO SOBRE CONFORMIDADE COM A CIÊNCIA ABERTA – assinado por todos os autores e digitalizado / salvo, em formato pdf. Verificar modelo disponibilizado.**

**4 – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
Anexar a autorização completa emitida CEP/Plataforma Brasil, **onde consta o número do CAAE.**

### **ILUSTRAÇÕES**

– **As Ilustrações** (tabelas, quadros e figuras), **limitadas a no máximo cinco**, devem estar inseridas no corpo do texto, na ordem de apresentação, numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos. A numeração sequencial é separada por tabelas, quadros e figuras. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estarem após a identificação da fonte. Usar ponto para separar a denominação do título (Ex: **Tabela 1.** ou **Figura 1.**).

A apresentação das figuras devem seguir as orientações do NCBI/NIH/NIH, acessível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/pub/filespec-images/#fig-format>.

Em caso do uso de fotos, os participantes da pesquisa não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito (Termo de Autorização de Uso de Imagem), para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página), em alta definição (de 150 a 300 dpi).

Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos, como documento suplementar.

**Não há necessidade de inserir a fonte quando as tabelas, quadros e figuras tiverem resultados do próprio estudo.**

### **DESENHOS DE PESQUISA**

A Revista Enfermagem em Foco adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e *Enhancing the Quality and Transparency of*

*Health Research* (EQUATOR network). Tais estratégias favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas.

A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados, conforme o desenho da pesquisa:

**Ensaio clínico:** CONSORT (<http://www.consort-statement.org/downloads>) e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)). O número de identificação deve constar no final do resumo.

**Revisões sistemáticas e meta-análises:** PRISMA

(<http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>).

**Estudos observacionais em epidemiologia:** STROBE

([http://strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE\\_checklist\\_v4\\_combined.pdf](http://strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf))

**Estudos qualitativos:** COREQ (<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>)

### Preprints

O *preprint* consiste em uma versão do manuscrito ainda não revisada por pares.

A Revista Enfermagem em Foco segue as recomendações de [Transparency and Openness Promotion \(TOP\)](#) e aceita manuscritos depositados em servidores não comerciais de *preprints*, como o [SciELO Preprints](#). **Todo(s) o(s) manuscrito(s) submetido(s) de repositório(s) *preprint(s)* será(ão), obrigatoriamente, avaliados pelos pares.**

### REFERÊNCIAS

As **referências** dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico [www.icmje.org](http://www.icmje.org). O alinhamento das referências deve ser justificado.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus* e *International Nursing Index*

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC198440/>). Para os periódicos que não se encontram nesse *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN) do IBICT (<http://ccn.ibict.br/busca.jsf>) e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS (<http://portal.revistas.bvs.br>).

A lista de referências deve ser enumerada consecutivamente, em algarismos arábicos, de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.

É recomendado que, pelo menos, 70% das referências sejam de artigos publicados em periódicos, nos últimos cinco anos, indexados em bases de dados nacionais e internacionais. Os autores devem evitar a citação de literatura cinzenta (documentos oficiais, livros, manuais etc.) não indexada e de difícil acesso à comunidade científica. Com exceção para referenciais teórico-metodológicos, estudos documentais e pesquisas históricas.

A revista aceita a citação de, no máximo, uma referência em *preprint*.

Referências de artigos de periódicos brasileiros bilíngues ou trilingues devem ser citadas no idioma inglês.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Incentivamos os autores a buscarem referências sobre as temáticas de seus estudos no site da revista *Enfermagem em Foco*.

### **Exemplos Mais Comuns de Referências**

#### **Artigos de periódicos**

##### **Com até seis autores**

Cunha Q, Camponogara S, Freitas E, Pinno C, Dias G, Cesar M. Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais da saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2017;8(1):72-6.

##### **Com mais de seis autores**

Dias AL, Carneiro PS, Tupinambá LS, Lemos M, Galvão JJ, Dias GA, et al. Avaliação dos processos organizacionais da atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2022;13:e-20221.

##### **Instituição como autor**

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 10]. Available from:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?t=microdados>

##### **Sem indicação de autoria**

For more pregnant women getting antenatal care. *J Adv Nur*. 2004;47(6):683-4.

##### **Volume com suplemento**

Sousa MF, Santos BM, Paz EP, Alvarenga JP. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):55-60.

#### **Artigo no prelo (aceito para publicação)**

Settani SS, Santos PB, Silva JC, Wanderley TC, Santos RB. Maternidade e uso de substâncias psicoativas: narrativas de mulheres atendidas em serviços de reabilitação psicossocial. *Enferm Foco*. No prelo 2022.

#### **Preprint**

Meireles AL, Lourenção LG, Menezes Junior LA, Coletro HN, Justiniano IC, Moura SS, et al. COVID-Inconfidentes – SARS-CoV-2 seroprevalence in two Brazilian urban areas during the pandemic first wave: studyprotocol and initial results. *SciELOpreprints*. 2021. Preprint [posted 2021 Jul 29; cited 2022 Jan 30]. Available from:

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2720>

#### **Artigo com errata publicada**

Gomes I, Faver L, Hermann AP, Lacerda MR. Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. *Enferm Foco*. 2012;3(3):110-13. Errata em: *Enferm Foco*. 2012;3(4):220.

#### **Editoriais**

Lourenção LG. A Covid-19 e os desafios para o Sistema e os profissionais de saúde [editorial]. *Enferm Foco*. 2020;11(1):2-3.

#### **Livro**

Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

#### **Capítulo de livro**

Abbad GS, Sallarenzo LH, Coelho-Júnior FA, Zerbini T, Vasconcelos KT, Todeschini K. Suporte à transferência de treinamento e suporte à aprendizagem. In: Abbad GS, Mourão L, Meneses PP, Zerbini T, Borges-Andrade JE, Vilas-Boas RL, organizadores. *Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: ferramentas para gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 244-63.

#### **Trabalhos publicados em eventos científicos**

Santos I, Nascimento LK, Carício MR. Educação Emocional e Promoção da Saúde: um novo olhar para a formação de professores. In: IV Congresso Nacional de Educação – CONEDU. *Anais*. João Pessoa: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2017.



## OUTRAS INFORMAÇÕES

- O uso de siglas deve ser evitado e, quando utilizadas, devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto. Não utilizar plural em siglas.
- Utilizar **negrito** para destaque e *itálico* para palavras estrangeiras e nomenclaturas relativas classificação científica, **taxonomia** ou classificação biológica, que designam os grupos ou categorias de **espécies** de **seres vivos**.
- **Errata:** caso os autores identifiquem a necessidade de uma errata após a publicação do artigo, devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.