



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA  
SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES *MELLITUS***

**Sobral - CE**

**2020**

MARCIONÍLIA DE ARAÚJO LIMA NETA

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA  
SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*

Dissertação apresentada à banca examinadora da Universidade Estadual Vale do Acaraú, nucleadora da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora:

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Área de concentração:

Saúde da Família

Linha de Pesquisa:

Atenção e Gestão do cuidado em saúde

SOBRAL - CE

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Lima Neta, Marcionília de Araújo

Colaboração interprofissional na promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes mellitus [recurso eletrônico] / Marcionília de Araújo Lima Neta. -- Sobral, 2020.

1 CD-ROM: il. ; 4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 93 folhas.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Ph.D. Maristela Inês Osawa Vasconcelos.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Relações Interprofissionais. 4. Promoção da Saúde. 5. Saúde do Idoso. I. Título.

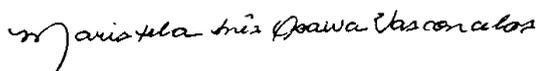
MARCIONÍLIA DE ARAÚJO LIMA NETA

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA  
SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional apresentado à Universidade Estadual Vale do Acaraú, nucleadora da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 24/01/2020

BANCA EXAMINADORA



---

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos (Orientadora)  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



---

Profa. Dra. Andrea Carvalho Araújo Moreira (Membro Titular)  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



---

Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Membro Titular)  
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Dedico este trabalho a Deus por ser minha fortaleza sempre! Aos meus familiares pelo amor e apoio dedicados na realização de mais um dos meus sonhos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me concedido saúde, disposição e por ter me fortalecido nos momentos difíceis dessa trajetória. Aos meus familiares pelo amor incondicional. Aos meus pais, por serem minha fortaleza e minha inspiração diária! Vocês me deram o bem mais precioso: a vida! E me conduziram e ainda conduzem pelos melhores caminhos. Obrigada por tanto amor! Aos meus irmãos pela união e cumplicidade que se fortalece a cada nova fase das nossas vidas. Amo vocês!

Ao meu noivo Leonardo que jamais me negou apoio e incentivo. Obrigada meu amor, por ser companheiro de verdade e por aguentar tantas crises de choro, estresse e ansiedade com tamanha paciência. Eu sou muito feliz em dividir a vida com você!

À minha amiga-irmã Natália pelo companheirismo, cumplicidade e irmandade. Gratidão por ser tão presente desde o início dessa jornada. Eu confesso que me segurei em você em muitos momentos e com o seu apoio eu tive certeza que no final tudo daria certo. Você foi um presente que a vida me deu.

À minha orientadora, professora Maristela, agradeço por sua confiança e dedicação. Você nunca perdeu a fé na minha pesquisa e soube me amparar nos momentos mais difíceis. Aos membros da banca de Qualificação e Defesa, pelos conselhos, sugestões e interesse em contribuir para o desenvolvimento dessa pesquisa. A todos os professores que facilitaram os módulos do Mestrado por compartilharem suas sabedorias e experiências.

Aos amigos da minha amada III Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA, obrigada pela convivência leve e feliz desses dois anos e pelos laços de amizade que nós construímos.

Aos meus filhos de quatro patas, Lucky e Thor pelo amor gratuito, pela companhia nas madrugadas de estudo e por alegrarem a minha vida diariamente.

Aos companheiros de trabalho que foram sempre solícitos e compreensivos. A todos os amigos que sempre vibram com as minhas conquistas.

Em especial a esse serzinho que carrego aqui no meu ventre! Você chegou de repente no finalzinho dessa jornada para me mostrar que eu sou muito mais forte do que eu imaginava! Amo você!

A todos, muita gratidão!

Viver é envelhecer, nada mais.  
(Simone de Beauvoir)

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi desenvolver uma intervenção educativa de promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes *mellitus* (DM), na perspectiva da colaboração interprofissional (CIP). Trata-se de uma pesquisa do tipo intervenção, sob abordagem mista, desenvolvida, no ano de 2019, tendo como participantes os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os idosos com DM usuários da ESF do município de Jijoca de Jericoacoara, Ceará, Brasil. As etapas metodológicas envolvendo a população idosa foram: [i] levantamento do quantitativo de idosos com diagnóstico de DM por equipe de Saúde da Família (eSF); [ii] avaliação do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e do estilo de vida; e [iii] desenvolvimento da intervenção educativa. As etapas metodológicas envolvendo os profissionais da saúde foram: [i] seleção da equipe com o maior número de idosos com DM no território; [ii] aplicação da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) e, [iii] desenvolvimento da Oficina de alinhamento conceitual sobre CIP. Quanto à amostra, 70 idosos participaram da intervenção educativa, sendo a maioria de mulheres (74%). A média da idade foi de 71 anos ( $\pm 7,12$ ); 63% casados; 71% agricultores e 91% aposentados; 52% possuíam o Ensino Básico e sabiam ler/escrever. Quanto às condições de saúde: 57,14% consideraram seu estado de saúde satisfatório; 54,29% estavam com sobrepeso; as doenças associadas ao diabetes com maior percentual entre os participantes foram Hipertensão e Artrite; os sintomas e manifestações mais citados foram tristeza persistente, dores musculares e articulares e diminuição da visão. O estilo de vida foi avaliado a partir dos componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, comportamento relacional e controle do estresse. Foi realizado o cálculo da mediana de cada indivíduo para cada componente e o cálculo da amostra total por componente e por sexo. Considerou-se perfil positivo para estilo de vida os valores  $\geq 2$ . Apenas na atividade física os participantes de ambos os sexos apresentaram perfil negativo. O diagnóstico situacional foi apresentado aos profissionais da eSF Sede I e do NASF com vistas à elaboração da intervenção educativa, na perspectiva do trabalho colaborativo e da promoção de estilos de vida saudáveis. Quanto aos profissionais, a amostra envolveu 18 participantes, sendo a maioria (83%) do sexo feminino. A média de idade foi de 34 anos ( $\pm 6,26$ ). O tempo médio de atuação na APS foi de 91,05 meses ( $\pm 70,31$ ) e o tempo médio de atuação na equipe avaliada foi de 54,77 meses ( $\pm 43,52$ ). Quanto à pontuação na EJARCI, a média foi de 100,16 pontos ( $\pm 7,22$ ). Dos achados, infere-se que conhecer as características da população com diabetes adscrita no território possibilita a

prestação de uma assistência específica, qualificada e a promoção de um envelhecimento saudável. Sobre à CIP destaca-se que os profissionais possuem um entendimento conforme o que a literatura apresenta, entretanto, no cotidiano das práticas ainda existem fragilidades. Não houve correlação do tempo de atuação com o desenvolvimento de atitudes colaborativas.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Relações Interprofissionais. Promoção da Saúde. Saúde do Idoso

## ABSTRACT

The aim of this study was to develop an educational intervention to promote healthy lifestyles for the elderly population with diabetes mellitus (DM), from the perspective of interprofessional collaboration (IPC). This is an intervention-type research, under mixed approach, developed in 2019, with participants of the Family Health Strategy (FHS), Family Health Support Center (NASF) and elderly people with disabilities. DM ESF users from the municipality of Jijoca de Jericoacoara, Ceará, Brazil. The methodological steps involving the elderly population were: [i] survey of the number of elderly people diagnosed with DM by the Family Health team (eSF); [ii] assessment of sociodemographic profile, health conditions and lifestyle; and [iii] development of educational intervention. The methodological steps involving health professionals were: [i] selection of the team with the largest number of elderly with DM in the territory; [ii] application of the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration (EJARCI); and [iii] development of the CIP Conceptual Alignment Workshop. As for the sample, 70 elderly participated in the educational intervention, most of them women (74%). The average age was 71 years ( $\pm 7.12$ ); 63% married; 71% farmers and 91% retirees; 52% had basic education and could read / write. Regarding health conditions: 57.14% considered their health status satisfactory; 54.29% were overweight; The diseases associated with diabetes with the highest percentage among participants were Hypertension and Arthritis; The most cited symptoms and manifestations were persistent sadness, muscle and joint pain and decreased vision. Lifestyle was assessed from the following components: nutrition, physical activity, preventive behavior, relational behavior and stress control. The median of each individual for each component was calculated and the total sample by component and gender was calculated. Values  $\geq 2$  were considered positive for lifestyle. Only participants of both sexes showed a negative profile in physical activity. The situational diagnosis was presented to eSF Headquarters I and NASF professionals in order to elaborate the educational intervention, from the perspective of collaborative work and the promotion of healthy lifestyles. As for professionals, the sample involved 18 participants, most of them (83%) female. The average age was 34 years ( $\pm 6.26$ ). The average time of work in PHC was 91.05 months ( $\pm 70.31$ ) and the average time of work in the evaluated team was 54.77 months ( $\pm 43.52$ ). Regarding the EJARCI score, the average was 100.16 points ( $\pm 7.22$ ). From the findings, it is inferred that knowing the characteristics of the population with diabetes in the territory allows the provision of specific, qualified care and the promotion of healthy aging. Regarding the IPC, it is noteworthy that professionals have an

understanding according to what the literature presents, however, in daily practices there are still weaknesses. There was no correlation of the time of acting with the development of collaborative attitudes.

**Keywords:** Primary Health Care, Family Health Strategy, Interprofessional Relations, Health Promotion and Health of the Elderly

## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICO

Figura 1	Etapas da pesquisa realizada com os idosos. Jijoca de Jericoacoara/CE – 2019.	38
Figura 2	Etapas da pesquisa realizada com os profissionais. Jijoca de Jericoacoara/CE – 2019.	39
Figura 3	Modelo da colaboração em quatro dimensões.	40
Gráfico 1	Gráfico de Kiviat do Nível de Colaboração Interprofissional dos profissionais das equipes SEDE I e NASF do município de Jijoca de Jericoacoara-CE, 2019. Fonte: Dados da Pesquisa (2020).	62

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1	Perfil das eSF e distribuição de idosos com diabetes <i>mellitus</i> cadastrados. Jijoca de Jericoacoara/CE – 2019.	34
Quadro 1	Indicadores de Colaboração Interprofissional, de acordo com a tipologia de D’Amour.	42
Tabela 2	Distribuição dos idosos discriminados por sexo e por faixa etária. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.	45
Tabela 3	Distribuição das variáveis socioeconômicas. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.	47
Tabela 4	Distribuição das respostas dos idosos sobre as condições de saúde. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.	48
Tabela 5	Medidas de tendência central dos escores da escala do Perfil do Estilo de Vida e sua classificação para cada componente discriminado por gênero. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.	54
Quadro 2	Proposta de intervenção educativa construída durante Oficina sobre CIP para ser executada junto aos idosos com DM do território da eSF Sede I.	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitários de Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ABVC	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIP	Colaboração Interprofissional
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
EJARCI	Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
IIQ	Intervalo Interquartilico
IMC	Índice de Massa Corporal
JeffSATIC	<i>Jefferson Scale of Attitude Toward Interprofessional Collaboration</i>
Ma	Mediana
Min	Valor Mínimo
Max	Valor Máximo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
PEVI	Escala de Perfil de Vida
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	
PTS	Projeto Terapêutico Singular
p-valor	Nível de significância
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SISAPIDOSO	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Justificativa e relevância do estudo</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b>	<b>23</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Aproximação conceitual sobre a colaboração interprofissional</b>	<b>24</b>
<b>3.2 A colaboração interprofissional na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>26</b>
<b>3.3 Atenção à saúde do idoso e o foco na promoção de estilos de vida saudáveis</b>	<b>29</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Desenho do estudo</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Local do estudo</b>	<b>33</b>
<b>4.3 População e amostra do estudo</b>	<b>33</b>
<b>4.4 Etapas do Estudo</b>	<b>36</b>
<b>4.4.1 Relativas aos Idosos</b>	<b>36</b>
<b>4.4.2 Relativas aos profissionais</b>	<b>38</b>
<b>4.5 Procedimentos para coleta de dados com idosos e profissionais</b>	<b>39</b>
<b>4.6 Análise dos dados</b>	<b>39</b>
<b>4.7 Aspectos éticos</b>	<b>43</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Diagnóstico situacional dos idosos com diabetes <i>mellitus</i></b>	<b>45</b>
<b>5.1.1 Perfil sociodemográfico dos idosos com diabetes <i>melittus</i></b>	<b>45</b>
<b>5.1.2 Condições de saúde</b>	<b>47</b>
<b>5.1.3 Perfil do estilo de vida</b>	<b>53</b>
<b>5.2 Intervenção educativa</b>	<b>55</b>
<b>5.2.1 Execução da intervenção educativa</b>	<b>56</b>
<b>5.3 Características sociodemográficas e profissionais dos profissionais de saúde</b>	<b>57</b>
<b>5.4 Grau de colaboração interprofissional conforme a EJARCI</b>	<b>58</b>
<b>5.5 Aspectos da colaboração interprofissional: Tipologia de D'Amour</b>	<b>58</b>
<b>5.5.1 Dimensão governança</b>	<b>58</b>

<i>5.5.2 Dimensão visão e objetivos compartilhados</i>	59
<i>5.5.3 Dimensão formalização</i>	60
<i>5.5.4 Dimensão Internalização</i>	61
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS IDOSOS</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO A: ESCALA DE JEFFERSON DE ATITUDES RELACIONADAS À COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EJARCI)</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO B: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO C: QUESTIONÁRIO CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO D: ESCALA DO PERFIL DO ESTILO DE VIDA</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO E: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>90</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir das últimas décadas do século XX o campo da Saúde Pública no Brasil recebeu maior atenção como tentativa de assegurar um direito constitucional a todos os brasileiros. O direito à saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988 vinculou o compromisso legal do Estado com a execução de políticas e estratégias que promovessem o exercício da cidadania (BRASIL, 2001).

A conquista do referido direito foi resultado de um longo período de lutas e de uma construção política coletiva que apontou para a necessidade de implantação de um novo modelo de assistência à saúde no Brasil. Todo esse processo culminou com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde. Esse novo sistema é definido no artigo 198 da Constituição de 1988, porém somente é regulamentado após dois anos, através da Lei nº 8080/90, a qual especifica como devem ser organizados e executados os serviços e as ações de saúde (BRAVO, 2009).

De acordo com um dos princípios organizativos do sistema de saúde brasileiro, a prestação do cuidado é organizada em níveis de complexidade, quais sejam: baixa, média e alta complexidade. A Política Nacional de Atenção Básica, revista em 2017, considera equivalentes os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de atenção, orientado para um trabalho interdisciplinar desenvolvido por equipe multiprofissional que se responsabiliza pela saúde de uma população adscrita em um determinado território (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o componente-chave dos sistemas de saúde presentes em diversos países do mundo, incluindo o Brasil. A organização da APS segundo o modelo proposto pela ESF tem potencialidade para melhorar os indicadores de saúde, aumentar a eficiência do cuidado, a efetividade no tratamento das condições crônicas e a satisfação dos usuários, além de reduzir as iniquidades sobre o acesso aos serviços de saúde, com a melhor custo-efetividade até então observada (MEDEIROS JÚNIOR, 2016).

A ESF vem se consolidando, em consonância com os princípios do SUS, em especial, o da integralidade, compreendendo ter o processo saúde e doença múltiplas causas. Assim, equipes multiprofissionais são constituídas para atender à complexa demanda da população e devem se propor a construir um projeto assistencial comum com complementaridade dos trabalhos especializados, em que os agentes envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Nesse contexto, faz-se necessário distinguir os planos disciplinares e profissionais. No presente estudo, utilizaremos o sufixo “disciplinar” quando nos referirmos ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica e “profissional” quando nos referirmos às práticas concretas, conforme proposto por D’Amour (1997). Estudos demonstram que equipes que cooperam entre si, na perspectiva da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, estarão mais aptas e capazes para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da população/comunidade e desenvolver novas tecnologias de atenção, produzindo respostas às demandas de saúde (OANDASAN *et al.*, 2004).

Profissionais com diferentes formações na saúde devem estar dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articular seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, compartilhar as ações e delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade garante a otimização dos recursos e amplia o reconhecimento e a atenção às reais necessidades de saúde de cada território (WHO, 2010).

O trabalho de forma interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos da APS e da ESF e pressupõe uma relação recíproca de comunicação e interação (GARCIA *et al.* 2015). Trabalhar em equipe consiste em estratégia para a integração das especialidades e das múltiplas profissões, imprescindível para o desenvolvimento da assistência e do cuidado integral do paciente (PEDUZZI *et al.*, 2016).

A proposta de trabalho em Colaboração Interprofissional (CIP) surge como resposta a diversos impasses – dentre eles a complexidade dos problemas clínicos (FURTADO, 2011). Um trabalho interprofissional, com integração de saberes e colaboração entre os trabalhadores da saúde, implica certo número de práticas compartilhadas, potencializando a atuação profissional (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

A CIP tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos (OMS, 2010).

Uma das mudanças mais importantes na produção do cuidado em saúde é a reorganização do processo de trabalho substituindo a atuação isolada de profissionais pela atuação de equipes multiprofissionais, considerado o ponto-chave da ESF (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011). O emprego de equipes multiprofissionais no sistema

de saúde é uma exigência que decorre das transformações econômicas, sociais e sanitárias que ocorreram no século XX e cuja consequência tem sido a mudança na estrutura demográfica das populações (transição demográfica) e nos padrões de morbimortalidade (transição epidemiológica) nas regiões mais desenvolvidas do mundo (CHAIMOWICZ, 2013).

No caso do Brasil, esse quadro é marcado por uma tripla carga de doenças relacionadas às doenças transmissíveis, às doenças crônicas não transmissíveis e aos agravos decorrentes das diferentes formas de violência (FRENK, 2006). Nesse cenário, a concepção saúde-doença mais ampla é uma exigência crescente que passa a nortear a mudança progressiva dos serviços, por meio da qual se busca o avanço do modelo biomédico assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde centrado nas necessidades do paciente.

Segundo Heinneman (2002) a colaboração é o elemento que mais influencia o trabalho em equipe. Quando os profissionais de uma equipe de saúde conseguem trabalhar em colaboração, esperam-se resultados positivos tanto para os pacientes como para os profissionais, as organizações e o sistema (SULLIVAN, 1998).

Apesar da eficácia que se atribui à colaboração interprofissional, há poucos estudos na literatura internacional e nacional que têm demonstrado empiricamente os efeitos da colaboração na prática clínica-assistencial (ZWARENSTEIN; REEVES; PERRIER, 2004). O presente estudo se propõe a fazer essa correlação da colaboração interprofissional com a qualidade do cuidado prestado aos idosos que apresentam demandas específicas e singulares, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos próprios do processo de envelhecimento e que exigem respostas multidimensionais e conseqüentemente intervenções multiprofissionais.

No Brasil, o acelerado processo de envelhecimento trouxe impacto importante para a sociedade. A estrutura etária brasileira passou por alterações claras e irreversíveis. Desde a década de 1940, é na população idosa que se observam as taxas mais altas de crescimento do país. Em 90 anos (1920-2010) a expectativa de vida no país saltou de 35,2 anos para quase 74 anos. Nesse mesmo período a representação da população idosa aumentou de 4% para 10,8%. Entre 2010 e 2040, a população idosa brasileira vai mais que dobrar (MIRANDA *et al.*, 2016).

Os idosos são, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira, daí decorrendo uma série

de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social (IBGE, 2010).

No campo da saúde, o grande contingente de indivíduos idosos é considerado o maior usuário dos serviços, consumindo parte considerável de seus recursos e do orçamento governamental destinado a este setor (CHAIMOWICZ, 2013). Desta forma, medidas preventivas devem ser adotadas para que a maior parcela possível de idosos desfrute da velhice com melhores condições de saúde e de bem-estar, procurando manter a autonomia física, psicológica, social, econômica e afetiva, condições essenciais para um envelhecimento bem-sucedido (SAYEG, 1998).

O processo de envelhecimento populacional está provocando alterações na maneira de se abordar o cuidado com a saúde das pessoas na velhice (MIRANDA *et al.*, 2016). Nesse sentido, a OMS orientou um modelo de atenção para o Envelhecimento Saudável com vistas a manter a capacidade funcional, o bem-estar e a qualidade de vida. Esse modelo prevê um acompanhamento longitudinal, integral, centrado no idoso, realizado por equipe multiprofissional capaz de coordenar o cuidado nos diversos níveis de atenção, promovendo a autonomia dos indivíduos através da abordagem familiar e comunitária (OMS, 2015).

Para a promoção de um envelhecimento saudável e com qualidade de vida é necessário conhecer o perfil dessa população com o intuito de favorecer o estabelecimento de ações e políticas mais adequadas. Além disso, é primordial observar e estudar o estilo de vida em longevos para o diagnóstico dos fatores que contribuem para que esses indivíduos superem a expectativa de vida em sua geração, bem como daqueles prejudiciais a uma vida ativa e saudável que devem ser prevenidos, tratados e controlados.

Os estilos de vida influenciam a forma como se envelhece. Como tal têm sido projetadas intervenções na comunidade para obter ganhos em saúde relacionados com a autonomia e independência do idoso. O estilo de vida caracteriza-se por um conjunto de ações habituais às quais refletem comportamentos, atitudes e valores, com grande influência na saúde geral e dos indivíduos (NAHAS, 2013).

Para muitas pessoas comportamentos do estilo de vida podem modificar a influência da hereditariedade no declínio funcional e no aparecimento de doenças (OMS, 2002). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que a maioria dos idosos tem se apresentado com baixo nível socioeconômico e com alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A prevalência de condições crônicas na população idosa sem o

devido acompanhamento e controle contribui para aumentar o número de idosos com limitações funcionais e exige cuidados prolongados e permanentes (CAMARANO, 2010).

O aumento da longevidade humana é um fato prevalente na atualidade, mas requer grandes esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, estando, ainda, as pessoas idosas sobre riscos elevados de desenvolver doenças à medida que envelhecem, sobretudo, doenças crônicas como o diabetes (GOMES, 2011). A complexidade do diabetes, seu caráter crônico e suas complicações crônicas e agudas exigem apoio contínuo, eficaz e de qualidade de equipes multiprofissionais.

Nesse sentido, o presente estudo busca responder a seguinte questão problematizadora: Em que medida uma intervenção educativa desenvolvida interprofissionalmente e a partir de um diagnóstico situacional poderá contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes mellitus?

### **1.1. Justificativa e relevância do estudo**

A colaboração interprofissional tem sido considerada mundialmente como fundamental para o enfrentamento dos complexos problemas sociais e sanitários, uma vez que amplia a resolubilidade e a qualidade da atenção em saúde. (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

O interesse em investigar a colaboração interprofissional se deu a partir da aproximação da pesquisadora com uma temática correlacionada, relações interprofissionais entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes de Saúde da Família (eSF), que foi objeto de estudo em um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. No referido estudo foi investigada a percepção que as eSF tinham sobre a política de atuação do NASF no município de Jijoca de Jericoacoara/CE. Nos resultados observou-se que apesar do reconhecimento mútuo da importância dos processos de trabalho das equipes, persistia uma atuação fragmentada, comum a comunicação fragilizada, gerando um cuidado pontual e reativo.

Diante disso percebeu-se a necessidade de ampliar e aprofundar os estudos uma vez que não se esgotaram as inquietações e questionamentos a respeito do trabalho em equipes e sua efetividade resultando no encontro com o constructo da colaboração interprofissional.

Além disso, a minha atuação como Assistente Social do NASF de Jijoca de Jericoacoara e o contato com a literatura que versa sobre APS no Brasil e no mundo levaram a reflexões quanto a APS no município citado, no que se refere ao alcance dos atributos que a

caracterizam como coordenadora do cuidado em saúde, prevalecendo ainda neste uma assistência centrada no modelo biomédico/curativo.

A fragilidade do trabalho em equipe e da colaboração entre os profissionais podem produzir um cuidado que não consegue responder às reais necessidades de saúde da população, gerando uma precarização da assistência.

A literatura, principalmente nacional, carece de estudos com o enfoque da presente pesquisa, haja vista que durante as buscas nas bases de dados foram encontrados poucos estudos sobre essa temática desenvolvidos no contexto brasileiro. Nas buscas realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando combinações variadas dos descritores: “Relações Interprofissionais”, “Atenção Primária à Saúde”, “Saúde da Família”, “Estratégia Saúde da Família”, “Comportamento Cooperativo”, “Saúde do idoso”, “Promoção da saúde”, foram encontradas 31 produções (artigos e teses) em português. No portal “Periódicos CAPES” a pesquisa apenas com o termo “Colaboração Interprofissional” resultou em 60 achados em língua portuguesa. Ao combinarmos os termos “Colaboração Interprofissional” e “Atenção Primária à Saúde”, “Relações Interprofissionais” e “Estratégia Saúde da Família” foram encontradas, respectivamente, 8 e 33 publicações em português. Isto posto, observa-se que prevalece os estudos que tratam da colaboração interprofissional de forma isolada.

Este projeto se justifica ainda pela necessidade de intervir sobre o processo de trabalho dos profissionais da APS do município de Jijoca de Jericoacoara/CE, visto que a experiência profissional da pesquisadora, enquanto integrante da equipe do NASF desde 2013, permitiu a identificação empírica de que, apesar de haver o reconhecimento da importância da atuação do NASF, a comunicação e o diálogo entre equipe de apoio e equipes de referência precisam ser fortalecidos, os espaços para organização, planejamento e execução de atividades compartilhadas necessitam ser potencializados e a produção do cuidado em saúde nos territórios carece de uma articulação interprofissional e interdisciplinar.

Ademais, despertou na pesquisadora o interesse de focar a temática do trabalho colaborativo interprofissional na assistência prestada a um público alvo específico, usuário dos serviços da Estratégia Saúde da Família.

Para além destas razões, este estudo se justifica ainda pelo fato do diabetes *mellitus* está entre as doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular. (OMS, 2016). Faz-se importante também pela necessidade do desenvolvimento de práticas de saúde com foco na capacitação de

profissionais e na orientação individual, familiar e comunitária, que incentivem mudanças no estilo de vida dos idosos.

Vale ressaltar que a temática deste estudo atende aos objetivos do Mestrado Profissional em Saúde da Família, uma vez que se propõe a fortalecer e qualificar o diálogo e a relação interprofissional entre os profissionais da eSF e do NASF com vistas a aprimorar a qualidade da assistência por eles prestada. A vinculação com a linha de pesquisa Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde se dá na medida em que busca investigar a correlação da colaboração interprofissional na produção do cuidado ao idoso no contexto da ESF.

A relevância do estudo reside na produção de conhecimentos sobre o tema da colaboração interprofissional a partir da realidade brasileira, investigando aspectos das relações interprofissionais no âmbito da ESF que podem auxiliar na identificação tanto dos elementos de suporte, como dos que representam barreiras e limitações à prática colaborativa na assistência prestada a um determinado público alvo. Além disso, oferece subsídios para o planejamento de ações no campo da produção do cuidado e da gestão do trabalho na atenção primária.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

- Desenvolver uma intervenção educativa de promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes *mellitus*, na perspectiva da colaboração interprofissional.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar os determinantes sociodemográficos dos idosos com diabetes *mellitus*;
- Analisar as condições de saúde e o perfil do estilo de vida dos idosos com DM;
- Realizar um alinhamento conceitual sobre colaboração interprofissional com os profissionais das eSF e do NASF.
- Identificar as atitudes colaborativas (colaboração interprofissional) dos profissionais das eSF e do NASF na produção do cuidado ao idoso com DM.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Aproximação conceitual sobre a colaboração interprofissional

O tema da colaboração interprofissional, pode ser encontrado na literatura com várias denominações, a saber: relações interprofissionais, comportamento colaborativo, equipes de trabalho, práticas colaborativas, clima organizacional, entre outros, sendo abordado conjuntamente a temas correlacionados, tais como: interdisciplinaridade, interprofissionalidade, transdisciplinaridade, equipes multiprofissionais, eficácia grupal.

O termo colaboração apresenta-se em seu aspecto polissêmico, plural, complexo e atual, o sentido de responder às necessidades nos trabalhos em equipe, de forma especial na saúde. Conceitos como interdependência, compartilhamento, parceria e poder harmonicamente distribuído esclarecem o constructo da colaboração (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Quanto ao conceito de interprofissionalidade, central para este estudo, diz respeito às práticas concretas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos, os quais se desdobram no cotidiano dos trabalhadores, das equipes e de seus serviços (FURTADO, 2011), no sentido de superar práticas fragmentadas e construir modalidades de práticas colaborativas, com vistas à ampliação do acesso à saúde e da qualidade do cuidado.

Desta forma, a colaboração interprofissional aparece relacionada à urgência do estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde, divergindo do modelo biomédico tradicional e visando à diversidade de ações, a partir da busca de comunicação horizontal e cogestão do processo de trabalho (SAUPE, 2005).

D'Amour *et al.* (2008) chamam de colaboração as situações em que profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde dos usuários, mas que ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia. Ao invés de reforçar a expectativa de autonomia e independência plena de cada profissão, na prática colaborativa os profissionais buscam reduzir a competição e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva.

Segundo Morin (2004) há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave quando os saberes se apresentam separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas, e, por outro lado, a realidade e os problemas se mostram cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários.

Desta forma, o enfrentamento e a organização de uma realidade complexa como a saúde das pessoas, por exemplo, não pode resultar de um movimento simplista ou mecânico e nem deve ser pensado como uma ação improvisada. As hiperespecializações, as fragmentações disciplinares, e a falta de conexões entre as áreas do conhecimento tornam impossível apreender o que é complexo, isto é, o que é tecido junto (FAQUIM, 2016).

A complexidade dos problemas de saúde e a necessidade de tornar os sistemas mais responsivos às demandas dos cidadãos suscitam debates sobre as formas mais adequadas de organização do cuidado em saúde. Nesse contexto, a colaboração interprofissional é apresentada como forte estratégia para ampliar a efetividade dos serviços prestados e a resolutividade das ações (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013). Por meio da prática colaborativa interprofissional, novas configurações de trabalho são estruturadas com o propósito de potencializar a interação entre os profissionais e a articulação do trabalho (OMS, 2010).

A prática interprofissional, enquanto esforço por superar a especialização das práticas permite a problematização da realidade favorecendo a articulação e integração das ações de saúde. Além disso, constitui como um componente de organização dos serviços de saúde, aumentando a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, com o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais. (ESCALDA; PARREIRA, 2018)

Embora condição importante, uma maior variedade de profissionais compondo equipes de saúde não assegura *per si* a qualificação da assistência e a mudança organizacional da atenção. Para este fim, novas configurações de trabalho vêm sendo propostas, propiciando a reflexão sobre as características do processo de interação entre os profissionais das equipes e aspectos que interferem no trabalho cooperado. Esta compreensão é importante para fornecer subsídios no campo do planejamento e gestão dos serviços de saúde (OANDASAN, 2004).

O trabalho em equipe na perspectiva interprofissional é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão; conhecer o perfil, as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar - também de forma compartilhada - o planejamento das ações e dos cuidados de saúde. O trabalho em equipe interprofissional envolve elementos do contexto social, político e econômico (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

### 3.2 A colaboração interprofissional na Atenção Primária à Saúde

A proposta de trabalho em equipe remonta aos anos 1960/1970; junto com os movimentos da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral; e volta a ganhar destaque a partir dos anos 1990, no contexto de debates sobre os modelos de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde, bem como da necessidade de mudança da formação dos profissionais de saúde uniprofissional para a educação interprofissional (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

As discussões na área da saúde sobre a colaboração interprofissional começaram na primeira metade do século XX. Porém, a importância da temática nas produções científicas e nos projetos de prática multiprofissional aumentou significativamente somente após a Segunda Guerra Mundial (BALDWIN, 2007). Na década de 1970, seguindo a mesma direção das discussões sobre a APS, a OMS passa a considerar a educação interdisciplinar como estratégia complementar aos programas tradicionais de ensino na formação dos profissionais de saúde (OANDASAN *et al.*, 2004).

A abordagem interdisciplinar e a busca da integralidade nos sistemas universais trazem para a agenda a necessidade da adoção de estratégias para melhorar a interação entre os profissionais, para uma atenção centrada nas necessidades dos pacientes e das comunidades e que alcance melhores condições de saúde (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

O atual modelo de atenção em saúde brasileiro propõe que, para além de aspectos epidemiológicos, é necessário compreender que a saúde e a doença formam um contínuo em que se relacionam aspectos econômicos e socioculturais, a experiência pessoal e estilos de vida do ser humano. Essa complexidade deve ser foco do cuidado em saúde e norteadora da integralidade e efetividade da assistência pelas equipes de saúde. (FORTE *et al.*, 2016)

A APS tem sido *o loco* no qual mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe e prática colaborativa (PEDUZZI; AGRELI, 2018). No Brasil, os princípios e as diretrizes da APS em sua versão mais abrangente vêm sendo assumidos de forma crescente ao longo dos últimos anos, período no qual a Saúde da Família vem se constituindo como uma das principais estratégias dos gestores do SUS, na perspectiva de se efetivar os princípios da universalidade e da integralidade da atenção e reorganizar a atenção, sendo considerado o modo mais eficiente de enfrentamento dos problemas de saúde e da fragmentação das ações e do próprio sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA 2012).

A ESF enquanto modelo assistencial tenciona para a colaboração interprofissional, pois organiza o trabalho em equipes, valoriza o uso de tecnologias leves, promove atuação intersetorial e orienta as práticas a partir das necessidades de saúde do território. Além dos profissionais da equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), pode-se contar também, com a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, como os da equipe de saúde bucal e do NASF (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

A organização do referido modelo assistencial se justifica na medida em que lidar com as complexas demandas de cuidados de saúde e com a individualidade de cada ser humano não é possível somente com uma atenção uniprofissional, mas, sim, com diferentes profissionais de saúde colaborando de maneira interprofissional (PREVIATO; BALDISSERA, 2017).

Por reforçar as necessidades de articulação do conhecimento nas equipes, de aprimoramento da interação entre seus integrantes, de desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática de novos processos de trabalho - que tenham por base o território de abrangência de suas equipes de referência (eSF) -, o NASF se constitui como um recurso essencial para a reorganização dos serviços e a redefinição do modelo de prática iniciado pela ESF (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Para tanto, uma condição importante seria o aprendizado para lidar com as dinâmicas relacionais e os processos de interação com o outro, abrangendo não apenas a relação entre as equipes e os usuários, mas também a relação entre os membros das equipes. As formas de comunicação e de interação entre os profissionais podem ser importante fonte de conflitos ou de colaboração interprofissional (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Algumas pesquisas sugerem que a colaboração interprofissional favorece, sinergicamente, práticas mais significativas para a produção do cuidado em saúde. (FORTE *et al.*, 2016). O deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais. (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Apesar do prescrito para as equipes da ESF, o trabalho interprofissional em saúde permanece um desafio, face à predominância de atuações fragmentadas, que reforçam o

isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, as quais inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado na atenção à saúde mais integral e resolutiva (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Trad (2005) realizou estudo em que se evidenciou a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais em equipes da ESF, apresentando uma determinada hierarquia entre os membros por suas formações profissionais. Neste estudo, foi constatado que a comunicação era superficial e limitada a aspectos técnicos, não abordando os problemas e as necessidades da equipe e da população. Logo, a estruturação de equipes multiprofissionais na ESF não é garantia de mudança do modelo de atendimento centralizado no profissional médico (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Segundo Baggs (1994), apesar da importância do trabalho em equipe, a pesquisa empírica sobre as relações de colaboração entre diversos profissionais da saúde em diferentes culturas não tem recebido atenção suficiente. Como primeiro passo para comparação das relações entre os profissionais de saúde, é necessária a utilização de instrumentos de pesquisa de caráter multidimensional e psicometricamente validados que possam avaliar essas relações de colaboração interprofissional. (HOJAT *et al.*, 2002).

Em resposta à necessidade de uma ferramenta multidimensional, inicialmente, Hojat e Herman (1985) desenvolveram uma escala para medir atitudes em relação médico-enfermeiro, avaliando diferentes aspectos das relações de colaboração entre esses dois profissionais. Nos últimos 30 anos, Hojat e colaboradores elaboraram diversas escalas que avaliavam a colaboração entre profissões distintas, porém sempre em díades de profissões.

Em 2014, em razão da necessidade de um instrumento genérico psicometricamente sólido para medir atitudes em relação à colaboração entre profissionais de saúde, independentemente de sua formação acadêmica ou áreas de atuação, Hojat e colaboradores elaboraram uma versão de escala de atitudes válida para todos os profissionais de saúde denominada *Jefferson Scale of attitudes toward interprofessional collaboration* (JeffSATIC) (HOJAT *et al.*, 2015). Esta escala foi testada e validada com 1.976 estudantes americanos e australianos de diferentes profissões da saúde (FREIRE FILHO *et al.*, 2018).

No ano de 2015, esse instrumento foi adaptado transculturalmente e validado no Brasil com a denominação de Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI). A adaptação seguiu as etapas de tradução, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e aplicação de pré-teste. Na sequência, o instrumento foi submetido à validação de constructo e de confiabilidade com 128 profissionais do município

de Goiânia (GO). A validação da escala foi obtida na APS com uma confiabilidade aceitável, podendo ser replicado para outras realidades e níveis de atenção à saúde. (ABED, 2015).

A EJARCI é estruturada em 20 itens, os quais devem ser respondidos utilizando variáveis de concordância/discordância mediante escala do tipo Likert com sete níveis, sendo o menor nível *discordo completamente* (1), e o maior nível *concordo completamente* (7). A atitude em relação à colaboração é refletida no escore total na escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas (FREIRE FILHO *et al.*, 2018).

Araújo (2017) destaca a importância de instrumentos de avaliação da Colaboração Interprofissional uma vez que a considera como um constructo que pode ser mensurado e avaliado.

### **3.3 Atenção à saúde do idoso e o foco na promoção de estilos de vida saudáveis**

O envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas idosas no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (ONU, 2012). O número absoluto e relativo de idosos tem aumentado radicalmente como um reflexo do aumento da expectativa de vida e da queda das taxas de fertilidade. As melhorias socioeconômicas contribuíram para esse processo, aumentando as chances de sobreviver em idades mais jovens e, conseqüentemente, de chegar à terceira idade (DE OLIVEIRA *et al.*, 2018).

No Brasil, a transição demográfica acentuou-se a partir de 1950. De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Na Região Nordeste, a representação da população idosa passou de 5% em 1970, para 10% em 2010, o que corresponde a aproximadamente cinco milhões de idosos vivendo nessa região (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

No Ceará, segundo os dados da Secretaria Estadual de Saúde, em 2012, quando a população geral era de aproximadamente 8,6 milhões de pessoas, os idosos representavam 10,76% dessa população, com predomínio da faixa etária mais jovem (60 a 69 anos) e de mulheres, correspondendo, respectivamente, a 52% e 55% da população com 60 anos ou mais no estado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida ao nascer no Ceará passou de 72,6 anos em 2010, para 73,8 anos em 2016, com as mulheres vivendo aproximadamente oito anos a mais que os homens (CEARÁ, 2014).

Segundo dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAPIDOSO), no ano de 2015 o município de Jijoca de Jericoacoara (CE), cenário deste estudo, possuía uma população geral superior a dezoito mil habitantes, os idosos representavam 7,17% dessa população com predomínio das mulheres, correspondendo a 52,87% da população idosa do município.

Deve-se destacar que a transição demográfica não é homogênea em todas as regiões do país. As diferenças sociais e econômicas, intrinsecamente vinculadas ao processo histórico de desenvolvimento, industrialização e urbanização de cada região, determinam variações nesse processo (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

O modo de gerir a atenção à saúde também sofreu impactos com a transição demográfica, tendo em vista a necessidade de adequação dos valores culturais, das políticas sociais e de saúde voltados para essa população no sentido de diminuir problemas decorrentes do envelhecimento populacional e possibilitar um cuidado integral nos diversos cenários de atenção em saúde (LIMA *et al.*, 2014).

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado (BRASIL, 2014). Quanto maior o número de pessoas que envelhece, maior a necessidade de recursos para atender às suas necessidades específicas. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas que afetam mais os segmentos de maior idade. (MENDES, 2011).

O aumento da população maior de sessenta anos implica na necessidade de assistência, informação, bem como incentivo para o envelhecimento ativo e melhoria na qualidade de vida. Dentre as expectativas do envelhecimento saudável, está a de manter a capacidade funcional, condição que é naturalmente minimizada de forma inversamente proporcional à idade (BRASIL, 2010).

Para que a pessoa idosa possa levar uma vida com independência e autonomia é imprescindível à manutenção da capacidade funcional, esta pode ser conceituada como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Conseguir realizar as ABVD, para a pessoa idosa, significa algo cotidiano e indispensável para a sua sobrevivência, mantendo-a envolvida na execução dos afazeres domésticos e no gerenciamento dos cuidados com a própria saúde (FERREIRA *et al.*, 2012).

O foco da Promoção da Saúde no idoso precisa ser direcionado ao bom funcionamento físico, mental e social, bem como à prevenção de doenças e incapacidades. Este foco está presente na Política Nacional do Idoso (PNI), que propõe: a promoção do envelhecimento saudável; manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, sendo que isto em grau máximo; prevenção das doenças; recuperação da saúde dos que adoecem; e reabilitação daqueles que possam vir a ter sua capacidade funcional restringida, ao passo que lhe garantem a continuação no ambiente em que vivem, desempenhando seu papel na sociedade de forma independente (LUNARDI *et al.* 2009).

A saúde do idoso se apresenta como uma das seis prioridades pactuadas, em 2006, no “Pacto pela Saúde”, na dimensão sobre o “Pacto em defesa da vida”. Reviu-se e estabeleceu-se, no mesmo ano, a Portaria n.º 2.528, que constituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, além de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência, em consonância com os princípios do SUS. Destaca-se que essa portaria define que a atenção à saúde do idoso terá, como porta de entrada, a Atenção Primária/Saúde da Família (WANDERLEY, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve criar táticas para adoção de estilos de vida saudáveis que abrangem a prevenção de doenças e a promoção da saúde com o intuito de alcançar um processo de envelhecimento saudável e ativo. Os profissionais de saúde podem contribuir muito para o estímulo da independência e o envelhecimento ativo dos idosos, planejando a “atenção” e levando em conta os recursos indispensáveis para responder de forma maleável às necessidades de saúde dos idosos e suas famílias (CIOSAK *et al.*, 2010).

Formiga *et al.* (2018) afirma que com a evolução global do processo de envelhecimento é necessário que os idosos tenham qualidade em seu cotidiano através de estilos de vida saudáveis. As principais buscas para este êxito podem se resumir em: melhoria do cuidado, informação e planejamento de ações que contribuam para o envelhecimento ativo, trazendo assim resultados de impacto social.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa aplicada, do tipo pesquisa intervenção, com abordagem mista que visa conhecer a situação de saúde e saber como vivem os idosos com DM, e a partir disso desenvolver atividades que promovam estilos de vida saudáveis, numa perspectiva do trabalho colaborativo e em equipe. Dessa forma, a possibilidade de uma construção coletiva para a resolução de problemas e a intervenção implica em um processo de construção mútua, onde os envolvidos devem estar preparados para o inesperado e o resultado não pode ser antecipável (PAULON, 2005).

Para Rocha e Aguiar (2003) este tipo de pesquisa amplia as bases teórico-metodológica das pesquisas participativas, propondo uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. Segundo Fávero (2011, p. 49) “a pesquisa intervenção gera transformação e ao mesmo tempo obtém dados do processo subjacente a ela”, ou seja, favorece mudança para os sujeitos que dela participam e traz informações pertinentes ao processo ocorrido.

Nesse sentido, o caminho da pesquisa-intervenção se dar por meio do conhecimento da realidade e do acompanhamento do seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência. Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho (PASSOS; BARROS, 2015).

No tocante ao tipo de abordagem, Creswell (2010) afirma que os estudos de abordagem mista combinam ou associam as formas qualitativa e quantitativa proporcionando um entendimento mais completo do problema da pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem mista ou multimétodo é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas. A vantagem fundamental da integração é maximizar a quantidade de informações incorporadas ao desenho de pesquisa, favorecendo o seu aprimoramento e elevando a qualidade das conclusões do trabalho (PARANHOS *et al.*, 2016).

A discussão acima apresentada justifica a escolha pela tipologia da pesquisa na medida em que possibilitou uma compreensão de forma ampliada do objeto estudado tendo em vista a sua dimensão e a necessidade das análises quantitativas e qualitativas no processo de construção do diagnóstico situacional dos idosos com DM e do desenvolvimento da intervenção educativa de promoção de estilos de vida saudáveis, respectivamente.

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Jijoca de Jericoacoara considerando as sete equipes da Estratégia Saúde da Família e uma equipe NASF que compõe a Atenção Primária à Saúde do município.

O município de Jijoca de Jericoacoara foi criado em 1990, fica a 287 km da capital Fortaleza, pertence à mesorregião noroeste cearense (PNUD, 2013) e a 12<sup>a</sup> região de saúde Acaraú (SESA, 2014).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município conta com uma população estimada, em 2019, de 19.816 pessoas; área territorial de 204,793 km<sup>2</sup>; IDH de 0,652 (médio) e apresenta um produto interno bruto (PIB) per capita de R\$: 11.443,58. Tem o turismo como sua principal fonte econômica através da exploração da praia de Jericoacoara (IBGE, 2019).

As sete equipes da Estratégia Saúde da Família estão alocadas em seis Unidades Básicas Saúde, sendo duas equipes na UBS Sede (zona urbana), quatro distribuídas na zona rural e uma em área turística (praia de Jericoacoara). Vale destacar que na zona rural, as equipes prestam atendimento em outros pontos de apoio, além da UBS principal, em razão da grande extensão do território adscrito.

No que se refere à equipe NASF, esta compartilha e apoia práticas de saúde das sete equipes da ESF do município.

## 4.3 População e amostra do estudo

A pesquisa foi desenvolvida com os profissionais das eSF e do NASF, e com os idosos usuários da ESF portadores de Diabetes *Mellitus* do município de Jijoca de Jericoacoara. As razões para a escolha do referido público alvo foram: uma afinidade pessoal que a pesquisadora tem com a população idosa, visto que, é um público que demanda de atenção do Serviço Social em virtude das situações de vulnerabilidade social que vivenciam; a experiência de realização de práticas integrativas e complementares (Roda de Terapia Comunitária) junto ao público idoso; a observação empírica das fragilidades do cuidado dispensado aos idosos com diabetes, tanto no âmbito familiar quanto institucional (ESF), produzindo muitas vezes demandas de violação de direitos.

De acordo com a PNAB (2017), a equipe de Saúde da Família (eSF) pode ser composta pelos seguintes profissionais, a saber: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de

enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), além do agente de combate às endemias (ACE) e dos profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Em decorrência do município de Jijoca de Jericoacoara ainda não ter se adequadado à composição das equipes da ESF conforme preconiza a nova PNAB, o ACE ainda não faz parte da equipe e não foi considerado neste estudo.

A equipe NASF de Jijoca de Jericoacoara é composta pelas seguintes categorias profissionais: Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Fonoaudiólogo; Nutricionista e Psicólogo.

Sendo assim, a população do estudo foi composta pelos profissionais das eSF, do NASF e pelos idosos com idade a partir de 60 anos com diagnóstico médico de Diabetes *Mellitus* adscritos nos respectivos territórios, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil das eSF e distribuição de idosos com diabetes *mellitus* cadastrados. Jijoca de Jericoacoara/CE – 2019.

(continua)

EQUIPE	PROFISSIONAIS		Nº DE IDOSOS COM DM CADASTRADOS
	Distribuição por categoria	Nº	
<b>eSF SEDE I</b>	01 médico	15	107
	01 enfermeiro		
	01 técnico de enfermagem		
	10 agentes comunitários de saúde,		
	01 cirurgião dentista		
01 auxiliar de saúde bucal			
<b>eSF SEDE II</b>	01 médico	17	89
	01 enfermeiro		
	02 técnicos de enfermagem		
	11 agentes comunitários de saúde		
	01 cirurgião dentista		
01 auxiliar de saúde bucal			
<b>eSF BAIXIO</b>	01 médico	12	52
	01 enfermeiro		
	02 técnicos de enfermagem		
	06 agentes comunitários de saúde		
	01 cirurgião dentista		
01 auxiliar de saúde bucal			

(conclusão)

EQUIPE	PROFISSIONAIS		Nº DE IDOSOS COM DM CADASTRADOS
	Distribuição por categoria	Nº	
<b>eSF CHAPADINHA</b>	01 médico	13	60
	01 enfermeiro		
	02 técnicos de enfermagem		
	07 agentes comunitários de saúde		
	01 cirurgião dentista		
	01 auxiliar de saúde bucal		
<b>eSF JERICOACOARA</b>	01 médico	11	34
	01 enfermeiro		
	02 técnicos de enfermagem		
	05 de agentes comunitários de saúde		
	01 cirurgião dentista		
	01 auxiliar de saúde bucal		
<b>eSF MANGUE SECO</b>	01 médico	11	21
	01 enfermeiro		
	02 técnicos de enfermagem		
	05 agentes comunitários de saúde		
	01 cirurgião dentista		
	01 auxiliar de saúde bucal		
<b>NASF</b>	01 Assistente Social	5	0
	01 Profissional de Educação Física		
	01 Nutricionista		
	01 Psicólogo		
	01 Fonoaudiólogo		
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>		<b>389</b>

Nota: eSF: equipe de Saúde da Família. NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. DM: Diabetes *mellitus*.  
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Jijoca de Jericoacoara-CE (2019).

Foi considerada a amostra de profissionais de nível superior, técnico e a categoria de Agentes Comunitários de Saúde. Vale destacar que do total de 96 (noventa e seis) profissionais que compõem as equipes supracitadas, vinte e cinco são de nível superior, dezenove de nível técnico e cinquenta são agentes comunitários de saúde. Para a seleção da eSF foi considerada a equipe com o maior número absoluto de idosos diagnosticados com diabetes *mellitus* no território sob sua responsabilidade, que de acordo com a Tabela 1 a eSF que atendeu a estes critérios foi a eSF Sede I.

Sendo assim a amostra de profissionais totalizou 20 (vinte) participantes: 15 (quinze) profissionais da eSF Sede I e cinco do NASF. Destaca-se que a pesquisadora compõe a equipe NASF e desempenha a função de Assistente Social.

Para a seleção dos idosos foi realizado um levantamento do quantitativo de idosos a partir de 60 anos com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* pelas agentes comunitárias de saúde nas suas respectivas microáreas. Posteriormente essas informações foram consolidadas por eSF. Em seguida, os idosos foram selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão.

Foram considerados os idosos a partir de 60 anos não domiciliados com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* adscritos na eSF Sede I. A eSF Sede I possui 107 idosos cadastrados com diagnóstico de diabetes, dos quais 22 são acompanhados por meio de visitas domiciliares e 85 apresentam capacidade funcional para frequentar a Unidade Básica de Saúde.

Logo, para inclusão na amostra foi considerado todos os idosos com 60 anos ou mais portadores de diabetes, excluindo-se os idosos domiciliados ou acamados.

Para o cálculo amostral, utilizou-se a população de 85 idosos a um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o que determinou uma amostra mínima de 70 idosos.

A seleção da amostra se deu de forma não aleatória. Todos os 85 idosos foram abordados pela pesquisadora, destes exatamente 70 concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

## **4.4 Etapas do Estudo**

### ***4.4.1 Relativas aos Idosos***

Após a seleção e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram aplicados os questionários Sociodemográfico (Anexo B) e de Condições de Saúde (Anexo C), além da escala de Perfil de Estilo de Vida (Anexo D). Os instrumentos de coleta de dados constituíram-se de 47 perguntas no total. O tempo médio de preenchimento foi de 40 minutos aproximadamente.

Foi essencial a inserção de variáveis sociodemográficas no estudo, na medida em que estas foram importantes para traçar o perfil das características dos sujeitos da amostra e ajudaram a tomar opções face ao desenho da intervenção.

O auto relato sobre o estado de saúde também foi crucial para uma compreensão do envelhecimento e das condições de saúde que afetam os idosos. É importante ter a noção de como os idosos da amostra consideram o seu estado de saúde, quais outras doenças e

sintomas/manifestações que apresentam.

Além disso, acrescentou-se o questionamento sobre a última visita/consulta dos participantes ao dentista uma vez que a doença periodontal é considerada a sexta complicação clássica do diabetes (BRANDÃO; SILVA; PENTEADO, 2011), havendo uma associação bidirecional entre essas patologias.

Ou seja, o diabetes propicia o desenvolvimento da doença periodontal e, esta pode dificultar o controle metabólico do diabetes (HANI; MOHEMADR; SHAMRANI, 2017). Outras alterações bucais comuns em pacientes diabéticos incluem hipossalivação, xerostomia, candidíase, ardor bucal, língua geográfica, língua fissurada, líquen plano bucal, aumento das glândulas parótidas, hálito cetônico, úlcera traumática e cárie dentária (PUTTASWAMY; PUTTABUDHI; RAJU, 2017).

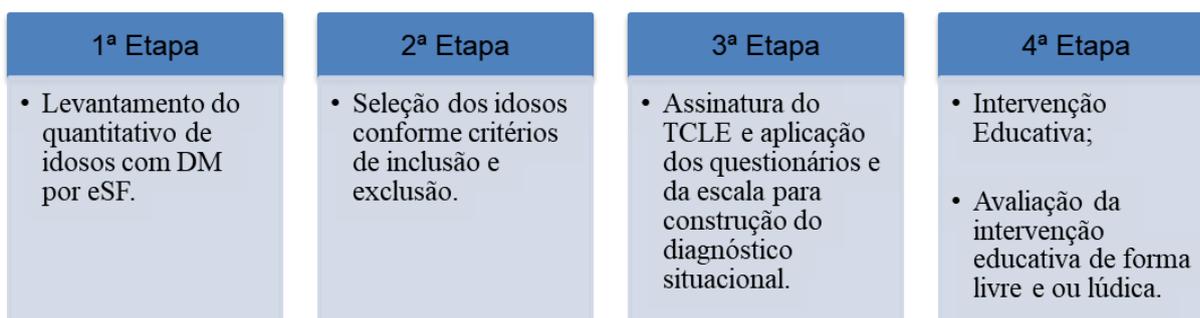
No que se refere ao *Estilo de Vida*, a Escala de Perfil do Estilo de Vida (PEVI) elaborada por Nahas *et al.* (2000) e validada por Both *et al.* (2008), permite conhecer individualmente o estilo de vida de cada um, de forma que mais tarde, possa criar estratégias interventivas e sessões diretivas para reduzir os estilos de vida menos saudáveis. A escala “Perfil do Estilo de Vida” inclui cinco dimensões fundamentais do estilo de vida que influenciam a saúde do indivíduo: alimentação, atividade física, comportamento preventivo, comportamento relacional e controle do estresse.

De acordo com Nahas *et al.* (2000) esta escala compreende um total de 15 questões, ou seja, 3 para cada um dos componentes do estilo de vida. Cada questão possui uma escala tipo *likert*, de resposta que varia de “0” a “3”. Os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil negativo de estilo de vida, que correspondem respectivamente a: “absolutamente não faz parte do meu estilo de vida” e “às vezes corresponde ao meu comportamento”.

As respostas associadas ao perfil positivo são os valores “2” e “3”, os quais descrevem, respectivamente: “quase sempre verdadeiro no meu comportamento” e “sempre verdadeira no meu dia-a-dia”. Cada componente pode pontuar no máximo nove pontos e tanto a média como a mediana podem variar de 0 a 3.

Os resultados dos questionários e da escala possibilitaram a construção do diagnóstico situacional dos idosos com DM visando o planejamento e a prestação de uma assistência específica e qualificada e à promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

Figura 1 - Etapas da pesquisa realizada com os idosos. Jijoca de Jericoacoara/CE – 2019.



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

#### 4.4.2 Relativas aos profissionais

Para descrever as características dos participantes da pesquisa foram consideradas as variáveis: sexo, idade, ocupação, tempo de atuação na APS (eSF ou NASF) e tempo de atuação na equipe avaliada.

Para avaliar o grau de colaboração interprofissional foi considerado o escore da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) (Anexo A), traduzida e adaptada por Abed (2015) a partir da *Jefferson Scale of attitudes toward interprofessional collaboration (JeffSATIC)* elaborada em 2014 por Hojat e colaboradores, válida para todos os profissionais de saúde. Possui 20 itens e utiliza escala tipo “Likert” de sete pontos (HOJAT *et al.* 2015). Quanto maior o escore, maior a concordância com as atitudes de colaboração interprofissional. Esta escala foi aplicada após assinatura do TCLE com os profissionais de nível superior, nível técnico e ACS da eSF Sede I e profissionais do NASF.

Posteriormente foi realizada uma Oficina de alinhamento conceitual e teórico sobre Colaboração Interprofissional. Após esse momento foi apresentado o diagnóstico situacional dos idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, as condições de saúde e o perfil do estilo de vida. Em seguida, os profissionais planejaram uma intervenção educativa com vistas à promoção de estilos de vida de saudáveis, conforme a figura 2.

Figura 2 - Etapas da pesquisa realizada com os profissionais. Jijoca de Jericoacoara/CE – 2019.

1ª Etapa	2ª Etapa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleção da eSF com o maior quantitativo de idosos com DM em seu território;</li> <li>• Assinatura do TCLE;</li> <li>• Aplicação da EJARCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina de Alinhamento Conceitual e Teórico;</li> <li>• Apresentação do diagnóstico situacional dos idosos;</li> <li>• Planejamento da Intervenção Educativa.</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

#### 4.5 Procedimentos para coleta de dados com idosos e profissionais

A coleta de dados ocorreu no período de abril a setembro de 2019. Com os idosos foi realizada com a aplicação dos questionários e da escala que mediram e avaliaram as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e o estilo de vida. A aplicação dos instrumentos foi realizada pela pesquisadora através de visitas domiciliares.

A coleta de dados com os profissionais foi realizada a partir da aplicação da Escala Jeferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional adaptada com um cabeçalho contendo os dados referentes aos participantes. Essa escala é auto preenchida e foi aplicada antes da Oficina de Alinhamento Conceitual e Teórico.

A Oficina com os profissionais foi planejada e mediada pela própria pesquisadora que norteou as discussões a partir de três questionamentos:

1. O que vocês entendem por Colaboração Interprofissional?
2. Que atitudes colaborativas vocês conseguem identificar/perceber no seu ambiente de trabalho?
3. De que forma essas atitudes podem impactar no cuidado prestado às pessoas do território?

Durante a Oficina as discussões foram registradas em áudio por meio de um gravador digital. Além disso, utilizou-se da observação participante e do diário de campo uma vez que possibilitaram registrar as perspectivas da pesquisadora bem como, as diversas teias que envolveram esse momento da pesquisa.

#### 4.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados segundo a análise descritiva das variáveis. O teste de *Shapiro-Wilk* foi realizado para avaliar a distribuição dos dados a um intervalo de

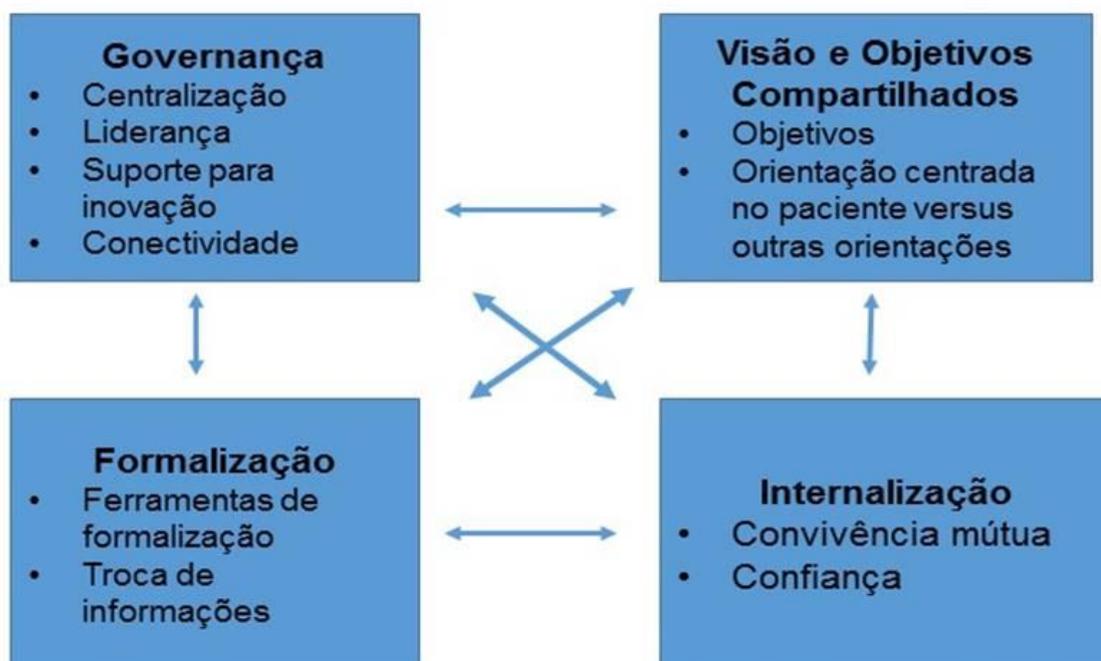
confiança de 95% ( $p\text{-valor} < 0,05$ ). Optou-se por descrever as variáveis numéricas pelas médias, quando paramétricas, e pelas medianas, quando não paramétricas. A descrição das variáveis categóricas se deu por frequências absolutas e relativas.

O software utilizado para a organização do banco de dados quantitativos foi o *Excel* versão 2013 e a análise estatística foi realizada com o apoio do *software* STATA 13.0.

O corpus de dados qualitativos obtidos durante a Oficina e através da observação participante foi submetido à análise temática e referenciado na tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour.

A análise temática, uma das modalidades de análise de conteúdo, é considerada a mais apropriada para pesquisas em saúde (MINAYO, 2010). Corroboramos ser o método de análise mais adequado em nossa investigação para a compreensão do universo que cerca o tema da Colaboração Interprofissional, já que parte de uma leitura de primeiro plano das falas, para atingir um nível mais profundo, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, bem como, articular estes enunciados com os fatores que determinam suas características, sejam elas, variáveis psicossociais, contexto cultural e outras (MINAYO, 2010).

Figura 3 - Modelo da colaboração em quatro dimensões.



Fonte: Adaptado de Arruda *et. al.*, 2018.

A tipologia de D'Amour surgiu de pesquisas realizadas pelo grupo de acadêmicos do então Departamento de Administração em Saúde da Universidade de Montréal, no Canadá, com a finalidade de desenvolver novas práticas clínicas embasadas na colaboração, sendo validada em 2008 (ARRUDA *et al.*, 2018). Ela apresenta quatro dimensões, a partir das quais os aspectos da colaboração podem ser analisados e avaliados por meio de 10 indicadores, conforme sistematizado na Figura 3.

A dimensão **Governança** considera a existência de direcionalidade e apoio por parte da gestão para o desenvolvimento do trabalho interprofissional colaborativo. A dimensão **Visão e Objetivos Compartilhados** sobre o trabalho colaborativo refere-se à existência de objetivos comuns e a sua apropriação pelas equipes, o reconhecimento de motivações diferentes, de múltiplos interesses, e a diversidade de definições e expectativas com relação à colaboração. A terceira dimensão, **Formalização**, esclarece expectativas e define responsabilidades, além de valorizar os mecanismos de comunicação entre os profissionais. Por fim, a **Internalização** diz respeito à consciência sobre a importância do trabalho do outro e da interdependência entre os membros da equipe, considera os sentimentos de pertencimento e de confiança.

É importante salientar que as quatro dimensões e os dez indicadores se influenciam mutuamente e estão sujeitos também à influência de fatores externos e estruturais, como aspectos políticos, questões de financiamento, disponibilidade de recursos, etc. No entanto, as quatro dimensões juntas e as suas inter-relações conseguem capturar o processo inerente à Colaboração Interprofissional (D'AMOUR *et al.*, 2008). Desta forma, os autores propõem a partir das dimensões e seus indicadores a classificação do nível de colaboração existente; ou seja, se o nível de colaboração é ativo (nível 3), em desenvolvimento (nível 2), potencial ou latente (nível 1), conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores de Colaboração Interprofissional, de acordo com a tipologia de D'Amour.

<b>Indicadores</b>	<b>Colaboração Ativa – Nível 3</b>	<b>Colaboração em desenvolvimento – Nível 2</b>	<b>Colaboração potencial ou latente – Nível 1</b>
<b>Objetivos</b>	Objetivos consensuais e abrangentes	Alguns objetivos compartilhados	Objetivos conflitantes ou ausência de objetivos comuns (compartilhados)
<b>Orientação cliente-centrada x outras-orientações</b>	Orientação cliente-centrada	Orientações dirigidas por interesses profissionais ou organizacionais	Tendência às orientações dirigidas aos interesses privados
<b>Convivência mútua</b>	Oportunidades frequentes de convivência, realização de atividades regulares conjuntas.	Poucas oportunidades de interação entre a equipe, poucas atividades conjuntas realizadas.	Sem oportunidades para interação da equipe, sem atividades conjuntas realizadas.
<b>Confiança</b>	Confiança fundamentada	Confiança é condicional está tomando forma	Falta de confiança
<b>Ferramentas de formalização</b>	Acordos consensuais, regras definidas em conjunto.	Acordos não consensuais, em processo de negociação ou construção.	Sem acordo ou acordo não respeitado, uma fonte de conflito.
<b>Troca de informação</b>	Infraestrutura comum para coleta e troca de informação	Infraestrutura de troca de informação incompleta, que não atende ou é usada inadequadamente.	Relativa ausência de qualquer infraestrutura comum ou mecanismo para coleta ou troca de informação
<b>Centralidade</b>	Corpo forte, ativo e central que promove consenso.	Corpo central com um papel político mal definido, papel estratégico e político ambíguos.	Ausência de um corpo central, quase ausência de um papel político.
<b>Liderança</b>	Liderança compartilhada e consensual	Sem foco, liderança fragmentada, pouco impactante.	Não consensual, liderança monopolista.
<b>Suporte para inovação</b>	Especialistas promovem colaboração e inovação	Especialistas com práticas fragmentadas e esporádicas	Poucos ou sem especialistas acessíveis para o suporte de colaboração e inovação
<b>Conectividade</b>	Muitos espaços para discussão e participação	Espaços de discussão relacionados a questões específicas	Quase ausência de espaços para discussão

Fonte: Adaptado de D'Amour *et al.* (2008).

Concluída a fase de organização, deu-se a interpretação e análise, desta vez visando à classificação do nível de colaboração existente, ou seja, se o nível de colaboração é ativa (nível 3), em desenvolvimento (nível 2), potencial ou latente (nível 1). Por fim, elaborou-se o gráfico de Kiviat, que compõe o aporte teórico deste estudo e apresenta a função de estabelecer uma visão esquemática do nível de colaboração desenvolvido entre os profissionais da eSF SEDE I e NASF.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Antes da coleta dos dados esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, seguindo as normas do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012 para pesquisas que envolvem seres humanos. Sendo aprovada sob parecer N° 3.241.908 e registrada no CAAE 07923218.9.0000.5053. (ANEXO E). Além disso, o estudo foi orientado pelos quatro princípios básicos da bioética: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O princípio da autonomia refere-se capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma (DALLA SAAD, 2015). Nesse sentido, esta pesquisa garantiu ao indivíduo a liberdade de participar ou não e ainda de se retirar do estudo a qualquer momento, se assim desejasse. A participação dos voluntários foi condicionada à aceitação da intervenção e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurado o direito de privacidade, sigilo, acesso aos dados ou quaisquer outras informações a respeito da pesquisa.

No tocante à beneficência, Silva e Rezende (2017) afirmam que este princípio está relacionado com a maximização do bem do outro. Assim, acredita-se que o presente estudo trouxe benefícios, pois teve como objetivos a promoção de estilos de vida saudáveis junto à população idosa com diabetes *mellitus* bem como, trabalhar a perspectiva da colaboração interprofissional com os profissionais da APS.

No quesito não maleficência, Dalla Saad (2015) defende que de acordo com este princípio, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente. Desta forma, nesta pesquisa garantiu-se que danos previstos seriam evitados. Esta pesquisa apresenta riscos reduzidos por atender a todos os preceitos éticos que orientam as pesquisas com seres humanos e por submeter aos órgãos e a seus representantes um formulário com solicitação de sua participação.

Entre os possíveis riscos estão a invasão de privacidade, a tomada do tempo do participante para responder os questionários, interferência na vida e na rotina, medo de repercussões eventuais. Frente à possibilidade dos danos supracitados foram tomadas as seguintes providências e cautelas: o pesquisador tratou a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; os resultados da pesquisa estão à disposição dos participantes; o nome ou o material que indique a participação não será liberado sem a permissão dos participantes; os participantes não foram/serão identificados em nenhuma publicação que resulte deste estudo; foi garantido local reservado e liberdade para não responder questões que os participantes julgassem constrangedoras; os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes foram respeitados.

O estudo assumiu também a responsabilidade ética de não discriminar e tratou igualmente e de forma justa todos os participantes, incorporando o princípio de justiça.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Diagnóstico situacional dos idosos com diabetes *mellitus*

#### 5.1.1 Perfil sociodemográfico dos idosos com diabetes *mellitus*

Do universo de 70 idosos abordados, 52 (74%) eram mulheres e 18 (26%) eram homens. Quanto à faixa etária, observou-se que a idade apresentou distribuição normal de acordo com o teste de Shapiro-Wilk e por essa razão optou-se por descrever a média. Assim, a idade média foi de 71,19 anos (desvio padrão - DP:  $\pm 7,12$ ), sendo a idade máxima 89 anos e a idade mínima 60 anos. Os idosos distribuíram-se conforme as faixas de idade e sexo apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos discriminados por sexo e faixa etária. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.

Sexo	Faixa etária (n: 70)											
	60-64 anos		65-69 anos		70-74 anos		75-79 anos		80 anos ou +		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Masc.</b>	2	2,86	4	5,71	6	8,57	2	2,86	4	5,71	18	25,71
<b>Fem.</b>	11	15,71	15	21,43	11	15,71	9	12,86	6	8,57	52	74,29
<b>Total</b>	13	18,57	19	27,14	17	24,29	11	15,71	10	14,29	70	100

Nota: Masc.: masculino; Fem.: feminino. Nº: número absoluto. %: percentagem. Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A inserção de variáveis sociodemográficas no estudo foi essencial na medida em que estas foram importantes para traçar o perfil das características dos participantes da pesquisa e ajudaram a tomar decisões face ao desenho de estratégias de intervenções e cuidados.

Observou-se que houve um predomínio de mulheres na população estudada e este resultado pode ser explicado pelo fenômeno da feminilização do envelhecimento, bem como pode ser também reflexo da tendência da mulher em ter maior percepção das doenças e autocuidado, buscando mais frequentemente a assistência médica de modo a aumentar a probabilidade de diagnóstico de doenças (VITOI *et al.*, 2015).

Os achados relacionados ao gênero corroboram com os da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, em que as mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (5,4%) (IBGE, 2015).

Em relação à faixa etária, a média de idade foi próxima de 72 anos, e condiz com a transição epidemiológica que o Brasil vive atualmente, caracterizada pelo envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas, como o próprio diabetes, sendo também

importante ressaltar que grande parte dos casos de diabetes se manifesta após os 40 anos (ROOS, BAPTISTA, DE MIRANDA, 2015).

Quanto aos grupos de idade, o estudo evidenciou maior proporção entre 65 a 69 anos (27,14%). Houve prevalência do sexo feminino também na faixa de 65 a 69 anos (28,84%) e do sexo masculino na faixa de 70 a 74 anos (33,33%). Este fato mostra que a idade aumenta significativamente a chance de se ter diabetes sendo que a prevalência é na faixa etária entre 60-74 anos. Assim como em outros estudos, o diagnóstico da doença se torna mais comum entre indivíduos com idade mais avançada (FLOR, CAMPOS, 2017).

No que se refere ao estado civil, 44 (63%) eram casados; 20 (29%) viúvos; 2 (3%) divorciados e 4 (6%) separados. Sobre a profissão, 50 (71%) eram agricultores; 5 (7%) do lar; 5 (7%) costureira e 10 (14%) declararam outras profissões. Quanto à fonte de rendimentos, 64 (91%) eram aposentados; 3 (4%) pensionistas; 1 (2%) recebia benefício assistencial e 2 (3%) ainda trabalhavam. No tocante a escolaridade, 36 (52%) informou possuir o Ensino Básico e saber ler/escrever. Sobre a convivência familiar, 41 (59%) afirmaram viver com pessoas com idade acima de 65 anos. (Tabela 3).

No que concerne à escolaridade, os achados deste estudo demonstram aproximação com os dados da PNS uma vez que a maioria dos participantes informou possuir apenas o ensino básico, referindo-se aos primeiros anos escolares. A PNS de 2013 constatou que a faixa de escolaridade que apresentou maior predominância de diagnóstico de diabetes foi de sem instrução e fundamental incompleto, com 9,6% (IBGE, 2015).

A aposentadoria foi a fonte de rendimentos mais citada pelos participantes (91%). Tal benefício é proveniente de uma trajetória de vida e de trabalho no meio rural, sobretudo na agricultura, uma vez que 71% dos idosos informaram que trabalhavam como agricultores.

Em termos econômicos, é fato que a aposentadoria possui uma importância significativa, já que ela garante ao idoso o seu sustento e provimento das necessidades, além de melhorar a renda em seus domicílios, já que antes dependiam basicamente da renda advinda do trabalho agrícola, que nem sempre é estável e garantida (BITENCOURT, DALTO, 2017; ALCÂNTARA, 2016). No estudo realizado por Wanderley *et al.* (2019), o salário mínimo, proveniente da aposentadoria, também foi a renda familiar mais referida entre os diabéticos.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis socioeconômicas na população idosa. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.

VARIÁVEIS (n: 70)		Nº	%
<b>Estado Civil</b>	Casados	44	63
	Viúvos	20	29
	Divorciados	2	3
	Separados	4	5
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Profissão</b>	Agricultor	50	71
	Do lar	5	7
	Costureira	5	7
	Outras	10	14
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Fonte de Rendimentos</b>	Aposentadoria	64	91
	Pensão	3	4
	Benefício Assistencial	1	2
	Trabalho	2	3
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Alfabetismo (Sabe ler/escrever)</b>	Sim	36	51
	Não	34	49
	Nenhuma	25	36
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>	Ensino Básico	36	52
	Ensino Fundamental	8	11
	Ensino Superior	1	1
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Coabitantes com mais de 65 anos</b>	Sim	41	59
	Não	29	41
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

### 5.1.2 Condições de saúde

Na Tabela 4 estão descritas as condições de saúde dos idosos discriminadas por sexo. Verificou-se que 40 (57,14%) consideraram seu estado de saúde satisfatório (bom/muito bom); 38 (54,29%) estavam com sobrepeso. O IMC apresentou uma distribuição normal pelo Teste *Shapiro-Wilk* e por esse motivo optou-se pela descrição da média. A média do IMC foi

de 27,48 ( $\pm$  3,45) tendo como valor máximo 35,58 e valor mínimo 17,40. Desta forma, no presente estudo, o IMC revelou prevalência de idosos com DM com sobrepeso (54,29%).

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos idosos sobre as condições de saúde. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.  
(continua)

Variáveis: Condições de Saúde	Sexo	Respostas (n: 70)					
		SIM		NÃO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Estado de saúde satisfatório (n: 70)</b>	Masc.	13	72,22	5	27,78	18	100
	Fem.	27	51,92	25	48,08	52	100
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>57,14</b>	<b>30</b>	<b>42,86</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Sobrepeso (n: 70)</b>	Masc.	10	55,56	8	44,44	18	100
	Fem.	28	53,85	24	46,15	52	100
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>54,29</b>	<b>32</b>	<b>45,71</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + AVC (n: 70)</b>	Masc.	6	33,33	12	66,67	18	100
	Fem.	3	5,77	49	94,23	52	100
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12,86</b>	<b>61</b>	<b>87,14</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + DCV (n: 70)</b>	Masc.	4	22,22	14	77,78	18	100
	Fem.	4	7,69	48	92,31	52	100
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>11,43</b>	<b>62</b>	<b>88,57</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + Parkinson (n: 70)</b>	Masc.	1	5,56	17	94,44	18	100
	Fem.	0	0	52	100,00	52	100
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1,43</b>	<b>69</b>	<b>98,57</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + Artrite (n: 70)</b>	Masc.	0	0	18	100,00	18	100
	Fem.	24	46,15	28	53,85	52	100
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>34,29</b>	<b>46</b>	<b>65,71</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + Doença Oncológica (n: 70)</b>	Masc.	0	0	18	100,00	18	100
	Fem.	1	1,92	51	98,08	52	100
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1,43</b>	<b>69</b>	<b>98,57</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + Doença Respiratória (n: 70)</b>	Masc.	1	5,56	17	94,44	18	100
	Fem.	5	9,62	47	90,38	52	100
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>8,57</b>	<b>64</b>	<b>91,43</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

(continuação)

Variáveis: Condições de Saúde	Sexo	Respostas (n: 70)					
		SIM		NÃO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DM + Alzheimer (n: 70)</b>	Masc.	1	5,56	17	94,44	18	100
	Fem.	1	1,92	51	98,08	52	100
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2,86</b>	<b>68</b>	<b>97,14</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + Depressão (n: 70)</b>	Masc.	1	5,56	17	94,44	18	100
	Fem.	9	17,31	43	82,69	52	100
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>14,29</b>	<b>60</b>	<b>85,71</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>DM + HAS (n: 70)</b>	Masc.	8	44,44	10	55,56	18	100
	Fem.	45	86,54	7	13,46	52	100
	<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>75,71</b>	<b>17</b>	<b>24,29</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Relata Perda de urina (n: 70)</b>	Masc.	6	33,33	12	66,67	18	100
	Fem.	20	38,46	32	61,54	52	100
	<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>37,14</b>	<b>44</b>	<b>62,86</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Relata Sentimento de tristeza (n: 70)</b>	Masc.	3	16,67	15	83,33	18	100
	Fem.	28	53,85	24	46,15	52	100
	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>44,29</b>	<b>39</b>	<b>55,71</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Relata Alteração de Memória (n: 70)</b>	Masc.	4	22,22	14	77,78	18	100
	Fem.	20	38,46	32	61,54	52	100
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>34,29</b>	<b>46</b>	<b>65,71</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Relata Dor Musculoesquelética e Osteoarticular (n: 70)</b>	Masc.	5	27,78	13	72,22	18	100
	Fem.	38	73,08	14	26,92	52	100
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>61,43</b>	<b>27</b>	<b>38,57</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Relata Dificuldade em andar (n: 70)</b>	Masc.	4	22,22	14	77,78	18	100
	Fem.	20	38,46	32	61,54	52	100
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>34,29</b>	<b>46</b>	<b>65,71</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Relata Desequilíbrios constantes (n: 70)</b>	Masc.	7	38,89	11	61,11	18	100
	Fem.	20	38,46	32	61,54	52	100
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>38,57</b>	<b>43</b>	<b>61,43</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Relata Diminuição da visão (n: 70)</b>	Masc.	4	22,22	14	77,78	18	100
	Fem.	11	21,15	41	78,85	52	100
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>21,43</b>	<b>55</b>	<b>78,57</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

(conclusão)

Variáveis: Condições de Saúde (n: 70)	Sexo	Respostas (n: 70)					
		SIM		NÃO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Relata Diminuição da Audição (n: 70)	Masc.	10	55,56	8	44,44	18	100
	Fem.	38	73,08	14	26,92	52	100
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>68,57</b>	<b>22</b>	<b>31,43</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Quedas ou Desmaios (n: 70)	Masc.	4	22,22	14	77,78	18	100
	Fem.	13	25	39	75,00	52	100
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>24,29</b>	<b>53</b>	<b>75,71</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
Precisou de ajuda para levantar-se após a queda/desmaio (n: 17)	Masc.	1	25	3	75,00	4	100
	Fem.	6	46,15	7	53,85	13	100
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>41,18</b>	<b>10</b>	<b>58,82</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Nota: Masc: Masculino. Fem.: Feminino. Nº: Número absoluto. %: Percentagem. IMC; Índice de Massa Corporal. DM: Diabetes *mellitus*. AVC. Acidente vascular cerebral. DCV: Doenças cardiovasculares. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Observou-se também que as doenças associadas ao DM que prevaleceram entre os participantes foram a Hipertensão e a Artrite; os sintomas e manifestações mais citados foram tristeza persistente, dores musculares e articulares e diminuição da visão. As quedas e desmaios não foram frequentes. Dos 17 (24,29%) que tiveram algum episódio de queda, 7 (41,18%) precisaram da ajuda de terceiros para levantarem-se.

No tocante às condições de saúde, Mendes (2012) afirma que estas são ocorrências na saúde das pessoas que se apresentam persistentemente e que requer respostas sociais reativas ou proativas, de maneira temporária ou contínua.

Diante do supracitado, percebe-se que a avaliação das condições de saúde é extremamente importante para controle e tratamento do DM. Isto porque, as condições de saúde são um excelente preditor para avaliar como está o processo de envelhecimento de uma população, especialmente quando se trata de uma população idosa portadora de uma doença crônica, tão comum no Brasil, e que tem apresentado números alarmantes nos últimos anos (FERRAZ, DOS REIS, 2017).

O achado referente ao estado de saúde se assemelha ao encontrado no estudo de Ferraz *et al.*(2017), realizado com idosos com diagnóstico de diabetes e hipertensão de uma cidade

do interior da Bahia, em que 50,6% dos participantes também consideraram seu estado de saúde bom.

Acredita-se que o fato do idoso com diabetes declarar estado de saúde bom, tenha relação com o controle das patologias e o acesso a medicamento e acompanhamento na unidade de saúde, o que é um ponto positivo, haja vista, essa realidade demonstrar uma perspectiva de controle de duas doenças tão comuns entre adultos e idosos no Brasil (BRASIL, 2013). Além do mais, está associado ao fato desses idosos aprenderem a conviver com as doenças e desenvolverem estratégias de enfrentamento.

Outra variável avaliada dentro das condições de saúde foi o IMC. O IMC é uma medida de composição corporal, que determina se a massa corporal (peso) está dentro do recomendável para a saúde. É muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos além de ser um método simples e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usado como triagem inicial, tanto para diagnóstico como para o monitoramento de doenças. O sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde (SISVAN) considera os seguintes pontos de corte e classificação do IMC para idosos ( $\geq 60$  anos): Baixo peso  $\leq 22$ ; Adequado ou Eutrófico  $> 22$  e  $< 27$ ; Sobrepeso  $\geq 27$  (BRASIL, 2011).

O presente estudo verificou que a maioria dos idosos (54,29%) apresentava sobrepeso, com destaque para os idosos do sexo masculino (55,56%). Esse dado corrobora com os encontrados na pesquisa de Braga *et al.* (2019) realizada com idosos acima de 60 anos atendidos na Clínica Escola de Nutrição de Juazeiro do Norte (CE) e que tinham o Diabetes como uma das principais patologias referidas, onde 64,4% também apresentavam sobrepeso.

No estudo de Freitas *et al.* (2019) observou-se que a maior prevalência de sobrepeso ocorreu entre a faixa etária de 61 a 80 anos de idade. Essa alta prevalência está associada ao processo de envelhecimento, que é acompanhado por diversas alterações, dentre as quais ocorrem mudanças na composição corporal dos indivíduos como fator natural de senescência e/ou devido à ocorrência de distúrbios metabólicos (BURGOS *et al.*, 2019).

No que se refere às doenças associadas ao Diabetes houve uma prevalência da Hipertensão, com destaque para um elevado percentual entre as mulheres (86,54%). Em um estudo realizado por Mendes, Moraes e Gomes (2014), onde foi monitorada a prevalência de hipertensão em brasileiros entre os anos de 2006 e 2010, a prevalência de hipertensão arterial em idosos do sexo feminino foi significativamente maior que no sexo masculino em todos os anos avaliados. Diversos estudos demonstram que as mulheres procuram mais pelos serviços

de saúde, aumentando suas chances de terem o diagnóstico de hipertensão arterial (SILVA *et al.*, 2018).

Esse achado, alerta também sobre uma preocupação que o Ministério da Saúde tem tido nos últimos anos, pois a associação da HAS e do DM, é ainda mais perigosa para possíveis complicações, isto porque o uso de medicamento é maior e a alimentação requer muito mais cuidados, o que por vezes não ocorre da maneira adequada. Além disso, a principal causa de morbimortalidade da população brasileira, segundo o Ministério da Saúde são as doenças cardiovasculares, onde dois dos principais fatores de risco é justamente a HAS e o DM (BRASIL, 2013 a).

Outra doença referida pelos participantes foi a Artrite com destaque para a prevalência entre as mulheres, uma vez que nenhum dos idosos do sexo masculino informou possuir tal diagnóstico. Este achado é condizente com a literatura, que aponta que a doença acomete, principalmente, mulheres acima dos 40 anos. O gênero feminino é mais afetado pela artrite que o gênero masculino em uma proporção de aproximadamente 3:1, sendo que alguns estudos ressaltam pior prognóstico relacionado ao sexo feminino (PEREIRA *et al.*, 2017).

Quantos aos sintomas e manifestações mais prevalentes entre os participantes, a diminuição da audição (68,57%), a dor musculoesquelética e osteoarticular (61,43%) e o sentimento de tristeza persistente (44,29%). É importante ressaltar que substanciando o achado relacionado à artrite, as mulheres também foram maioria (73,08%) no que se refere aos sintomas de dores musculoesqueléticas e osteoarticular.

A diminuição da audição foi o sintoma mais prevalente entre os participantes deste estudo. A perda auditiva relacionada à idade é uma das mais frequentes e incapacitantes alterações fisiológicas do processo de envelhecimento humano. Tal perda pode desencadear problemas relacionados à participação social e familiar do idoso que, muitas vezes, mostra menor interesse em realizar atividades cotidianas, além de perceber-se impotente diante da vida e em relação ao outro (CAMARGO *et al.*, 2018).

O sentimento de tristeza persistente também foi citado de forma significativa sendo mais frequente entre as mulheres (53,85%). Confirmando este dado a literatura traz que o sentimento de tristeza associado à solidão frequentemente está relacionado ao luto, decorrente do falecimento de um dos cônjuges, e acomete principalmente mulheres, que ficam viúvas em maior proporção. Esses sentimentos negativos podem agravar-se e determinar sintomas de um quadro depressivo, associando-se a debilidade física, fragilidade emocional e dificuldades nas relações familiares e sociais (MENEZES *et al.*, 2013).

Sobre as quedas, apesar de neste estudo não ter apresentado alta prevalência entre os participantes, é importante destacar que ao avançar da idade, há o aumento da incidência de quedas visto que a idade avançada está intimamente ligada a outros fatores de exposição relacionados ao evento cair e tanto as quedas, como o medo de cair são síndromes comuns que resultam, de forma grave, do comportamento dos idosos. Infere-se que tais fatores têm origem multifatorial como aqueles decorrentes das alterações fisiológicas e também os relacionados a ambientes inseguros. A identificação precoce e correta dos principais fatores de risco para quedas converge à possibilidade de prevenção desse agravo e, conseqüentemente, à melhora na qualidade de vida dos idosos (WANDERLEY *et al.*, 2019).

### **5.1.3 Perfil do estilo de vida**

A adoção de estilos de vida saudáveis e uma participação ativa na sociedade é importante ao longo do ciclo da vida. O envelhecimento com uma atividade física adequada que também diminua o *stress*, associada a hábitos alimentares saudáveis, entre outros pode prevenir doenças e o declínio funcional e aumentar a longevidade com qualidade de vida (OMS, 2002). “A relação entre um estilo de vida sedentário e limitações da mobilidade sugere os benefícios potenciais de intervenções de atividade física na preservação da mobilidade nos idosos”. (YEOM *et al.*, 2008, p. 138).

No que se refere ao *Estilo de Vida*, a Escala do Perfil do Estilo de Vida de Nahas, permite conhecer individualmente o estilo de vida de cada um, de forma que mais tarde, possa criar estratégias interventivas e sessões diretivas para reduzir os estilos de vida menos saudáveis. A escala “Perfil do Estilo de Vida” inclui cinco dimensões fundamentais do estilo de vida que influenciam na saúde do indivíduo: nutrição (alimentação), atividade física, comportamento preventivo, comportamento relacional e controle do estresse (NAHAS, 2013).

Esta escala compreende um total de 15 questões, ou seja, três para cada um dos componentes do estilo de vida. Cada questão possui uma escala tipo *likert*, de resposta que varia de “0” a “3”. Os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil negativo de estilo de vida, que correspondem respectivamente a: “absolutamente não faz parte do meu estilo de vida” e “às vezes corresponde ao meu comportamento”. As respostas associadas ao perfil positivo são os valores “2” e “3”, os quais descrevem, respectivamente: “quase sempre verdadeiro no meu comportamento” e “sempre verdadeiro no meu dia-a-dia”. Cada componente pode pontuar no máximo “9” pontos e tanto a média como a mediana podem variar de “0” a “3”.

Para análise descritiva dos componentes da Escala do Perfil do Estilo de Vida foi utilizada a mediana (Ma), pois as variáveis não respeitaram os pressupostos da normalidade segundo o Teste de *Shapiro-Wilk*. Calculou-se a mediana de cada indivíduo para cada componente da escala e posteriormente calculou-se a mediana da amostra total, o intervalo interquartil (IIQ), valor mínimo (Min) e valor máximo (Max), discriminados por componente e por sexo. Foi considerado comportamento positivo as medianas com valores  $\geq 2$ . Os dados estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Medidas de tendência central dos escores da escala do Perfil do Estilo de Vida e sua classificação para cada componente discriminado por gênero. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.

<b>Componente da Escala (n: 70)</b>	<b>Gênero</b>	<b>Ma</b>	<b>IIQ</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Classificação</b>
<b>Nutrição</b>	Masculino	2	2	0	3	Perfil positivo
	Feminino	3	1	0	3	Perfil positivo
<b>Atividade Física</b>	Masculino	0,5	2	0	3	Perfil negativo
	Feminino	1	2	0	3	Perfil negativo
<b>Comportamento preventivo</b>	Masculino	3	0	2	3	Perfil positivo
	Feminino	3	0	0	3	Perfil positivo
<b>Comportamento relacional</b>	Masculino	3	2	1	3	Perfil positivo
	Feminino	3	2	0	3	Perfil positivo
<b>Controle do Estresse</b>	Masculino	3	1	1	3	Perfil positivo
	Feminino	3	1	0	3	Perfil positivo
<b>Escala do Perfil do Estilo de Vida</b>	Masculino	3	1	1	3	Perfil positivo
	Feminino	3	1	1	3	Perfil positivo

Nota: Ma: mediana; IIQ: intervalo interquartil; Min: valor mínimo; Max: valor máximo. Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

No que concerne ao estilo de vida os componentes “nutrição” e “atividade física” foram os que apresentaram os menores escores sendo classificados como negativos, com destaque para o gênero masculino que obteve escore menor que o feminino nos referidos componentes. Relacionado à atividade física, vários estudos demonstram estatisticamente que a prevalência da prática de atividade física regular diminui conforme ocorre o aumento da idade, ficando entre 20,7% a 27,5% em estudos realizados no Brasil (DA SILVA *et al.*, 2018).

Sobre a nutrição, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 já apontava para um maior consumo de alimentos com excesso de gordura por homens na idade de 25 a 39

anos com escolaridade de ensino fundamental e médio incompletos, dado esse que também confronta com os dados encontrados na população pesquisada (IBGE, 2015).

Os cinco componentes analisados pelo Escala do Perfil de Estilo de Vida de Nahas (nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse) são essenciais para as pessoas em todas as faixas etárias, pois são complementares, revelam interdependência e especificidade, possibilitando ressaltar o estilo de vida da pessoa, sua maneira de pensar e de agir, que têm grande influência na saúde geral e na qualidade de vida.

## **5.2 Intervenção educativa**

A intervenção educativa foi planejada e executada de modo interprofissional conforme o diagnóstico situacional apresentado e com vistas à promoção de estilos de vida saudáveis. O Diagnóstico apontou fragilidades quanto à saúde oral e o estado nutricional dos idosos; à prática de atividade física e às atividades de lazer e convivência social.

A partir das discussões os profissionais elencaram também a necessidade de uma avaliação da acuidade visual bem como, de desenvolver atividades com a temática de cuidados com o pé diabético tendo em vista que foi identificado que esta não era uma prática de cuidado da equipe. Assim, ao final da Oficina os profissionais construíram a proposta de intervenção educativa sistematizada no Quadro 2.

Quadro 2 - Proposta de intervenção educativa construída durante Oficina sobre CIP para ser executada junto aos idosos com DM do território da eSF Sede I.

<b>Temática</b>	<b>Como?</b>	<b>Quem?</b>
<b>Promoção do lazer e convivência social</b>	Práticas de atividade físicas Roda de Conversa Atividades lúdicas	Enfermeira Psicóloga Assistente Social Profissional de Ed. Física Tec. Enfermagem ACS
<b>Uso racional da medicação</b>	Oficina: “A organização é o melhor remédio”  Obs.: orientações quanto ao uso da medicação; confeção de caixas para organização da medicação.	Enfermeira Médico Fonoaudióloga Tec. Enfermagem ACS
<b>Saúde oral e estado nutricional dos idosos com DM</b>	Roda de Conversa	Fonoaudióloga Dentista Nutricionista Profissional de Ed. Física ACS
<b>Avaliação da acuidade visual através do Teste de Snellen</b>	Realização do Teste de Snellen  Obs.: Orientações e discussão sobre a importância da acuidade visual nas ações de prevenção de quedas além de ser necessária para o desempenho das atividades diárias de vida.	Enfermeira Tec. Enfermagem Profissional de Ed. Física ACS
<b>Cuidados com o pé</b>	Oficina de Escalda pés e Reflexologia Podal  Obs.: pedir o apoio da equipe da Clínica de Fisioterapia para capacitar a equipe	Enfermeira Médico Profissional de Ed. Física ACS
<b>Cuidando dos cuidadores</b>	Oficina de lazer e promoção da autoestima	Psicóloga Assistente Social ACS

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

### **5.2.1 Execução da intervenção educativa**

Das atividades propostas, foram executadas no período da pesquisa, as seguintes temáticas: **Promoção do Lazer e Convivência Social; Saúde Oral e Estado Nutricional dos Idosos com DM**. Como estratégia de execução e com o intuito de contemplar todos os participantes da pesquisa, as equipes decidiram organizar as atividades fazendo um agrupamento de micro áreas limites de agentes comunitárias de saúde. Assim, as 10 agentes comunitárias de saúde ficaram dispostas em três grupos: dois grupos de 3 ACS e um grupo de

4 ACS, respeitando a proximidade das microáreas. Os ACSs ficaram responsáveis por mobilizar os pacientes de suas respectivas áreas.

Com essa disposição, as equipes organizaram um rodizio das temáticas e de datas para cada grupo de ACS, bem como dividiram as responsabilidades quanto à elaboração dos convites, providências acerca do espaço físico para a realização das atividades, lanche e transporte para os idosos que necessitassem.

Os locais para a realização das atividades foram pensados de acordo com a facilidade do deslocamento e do acesso para os pacientes, uma vez que nem sempre a estrutura física da Unidade Básica de Saúde é apropriada para o desenvolvimento de atividades coletivas e/ou de grupos, a depender da metodologia que se pretende utilizar, como também a localização da UBS muitas vezes se apresenta como fator de impedimento para o comparecimento.

Para a atividade de Promoção do Lazer e Convivência Social os profissionais sugeriram as margens da Lagoa do Paraíso, por considerarem adequadas para as práticas corporais e pelo fato do contato com a natureza proporcionar bem-estar a quem visita. Além disso, muitos idosos, apesar de não apresentarem dificuldade de locomoção e de residirem relativamente próximo à Lagoa, não tinham o hábito de frequentar este espaço.

Para trabalhar a temática Saúde Oral e Estado Nutricional dos Idosos com DM foi utilizada a Sala de Reunião da UBS para um grupo de ACS e o espaço do Ginásio Poliesportivo para os outros dois grupos.

Do total de 70 idosos entrevistados para a construção do diagnóstico situacional, 51 participaram das atividades supracitadas.

Ficou perceptível que o planejamento prévio, o compartilhamento das responsabilidades, a mobilização da comunidade de forma adequada e o envolvimento de todos os profissionais em todas as etapas da organização de uma intervenção educativa possibilitam que o resultado seja positivo com a garantia da satisfação dos usuários participantes.

### **5.3 Características sociodemográficas e profissionais dos profissionais de saúde**

.Do universo de 18 profissionais que participaram da pesquisa, 3 (16,7%) eram do sexo masculino e 15 (83,3%) eram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, o tempo de atuação na APS e o tempo de atuação nas equipes avaliadas (SEDE I e NASF), observou-se que apresentaram distribuição normal de acordo com o teste de Shapiro-Wilk e por essa razão optou-se por descrever a média.

Assim, a idade média foi de 34,17 anos ( $\pm 6,26$ ), sendo a idade máxima de 44 anos e a idade mínima de 24 anos. A média do tempo de atuação na APS foi de 78,05 meses (6,5 anos) ( $\pm 72,58$ ), sendo o tempo máximo de 252 meses (21 anos) e o tempo mínimo de um mês. O tempo médio de atuação nas equipes avaliadas foi de 46,81 meses (3,9 anos) ( $\pm 44,58$ ), sendo o tempo máximo de 168 meses (14 anos) e o tempo mínimo de um mês.

Quanto à ocupação, participaram as seguintes categorias profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, profissional de educação física, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, agente comunitário de saúde e médico.

#### **5.4 Grau de colaboração interprofissional conforme a EJARCI**

O grau de colaboração interprofissional foi avaliado através da EJARCI. Optou-se por descrever a média, uma vez que a pontuação da escala também apresentou distribuição normal de acordo com o teste de Shapiro-Wilk. Considerando as respostas da escala pelos 18 respondentes, a pontuação média foi de 100,16 pontos ( $\pm 7,22$ ), sendo a pontuação máxima de 111 pontos e a mínima de 84 pontos.

Observou-se que neste estudo não houve correlação entre o tempo de atuação na APS, nas equipes avaliadas e a pontuação na EJARCI, uma vez que o profissional que obteve a pontuação mínima atua na APS há 15 anos e o profissional que obteve a pontuação máxima atua há 1,4 anos. A pontuação média (100,16 pontos) sinalizou que independente do tempo de atuação todas as categorias apresentaram concordância com as atitudes da colaboração interprofissional.

#### **5.5 Aspectos da colaboração interprofissional: Tipologia de D'Amour**

Durante a Oficina de alinhamento conceitual sobre colaboração interprofissional e no planejamento da intervenção educativa evidenciaram-se, através das falas dos profissionais, algumas fragilidades e potencialidades nas quatro dimensões relacionadas ao desenvolvimento do trabalho colaborativo e interprofissional.

##### **5.5.1 Dimensão governança**

Na perspectiva da governança, a existência de direcionamento explícito vindo da liderança central é um dos aspectos que interfere na CIP (D'AMOUR *et al.*, 2008). No cenário deste estudo os atributos da governança apresentaram-se frágeis, uma vez que a

gestão da APS não tem sido capaz de dar apoio ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde e atividades coletivas voltadas à população idosa com diagnóstico de diabetes, público alvo deste estudo.

*É um alvo muito bom trabalhar em grupos com estratégias pra isso, mas... creio eu ...agora vai pode ser que vá dar certo... mas já contracenei com profissionais na SEDE que tiveram essa ideia de trabalhar com grupos ... e não surtiu efeito! Porque a gestão queria quantidade e não qualidade... nós tivemos aí um tempinho atrás: ah a profissional não quer atender, quer fazer é reunião e isso e isso... eu já ouvi muito disso entendeu... então tomara que agora seja um avante para fazermos isso... porque precisa! Precisa! (Técnico de Enfermagem).*

Fragilidades nas condições estruturais e materiais necessários ao desenvolvimento da colaboração entre equipes também foram reveladas. Problemas relacionados ao espaço físico das unidades, carências de materiais e equipamentos e dificuldades de transporte comprometem o trabalho e a articulação de atividades.

*Acho que em especial assim no caso do NASF, como a gente tem uma dificuldade logística, por falta de transporte, né? Os carros das equipes estarem sempre cheios, muitas vezes a gente tem aquela demanda de atendimento, de visita e a gente não tem como realizar... como muitas vezes já vi as meninas aqui indo a pé fazer visita, pra não deixar aquele paciente desassistido, muitas vezes a gente vai sentado no colo da enfermeira, no colo da técnica de enfermagem, dentro carro todo mundo apertado, pra gente não deixar de tá atendendo aquela demanda. O paciente precisa ne, se a gente fosse depender só do que a gente tem disponível a gente não estaria trabalhando. (Nutricionista).*

### **5.5.2 Dimensão visão e objetivos compartilhados**

No campo da Saúde, o grande objetivo que une as diferentes profissões é o cuidado centrado no usuário (AGRELLI, PEDUZZI, SILVA, 2016), como foi possível constatar na afirmação dos profissionais:

*[...] eu acho que cada um, ne? Cada profissional, de acordo com a sua área, pode ajudar um pouco. Pode interferir um pouco na saúde daquele paciente. (Enfermeira)*

*[...]se o nosso trabalho não fosse colaborativo... a gente ia poder fazer o que... a gente vai na casa pra fazer... tentar fazer... é... resolver alguma coisa pelo paciente... (Agente Comunitária de Saúde)*

*Eu acho que é todos os profissionais se unindo pra fazer o trabalho andar... que é o que realmente acontece... ACS, médico, enfermeiro, dentista... todo mundo procurando melhorar o que tiver que tiver melhorar para o paciente. (Agente Comunitária de Saúde).*

Os indicadores dessa dimensão sinalizaram apropriação da colaboração como norteadora do trabalho entre equipes e entre profissionais. Quanto ao compartilhamento de objetivos comuns, os achados revelam que os profissionais possuem perspectivas de trabalho compartilhado. Ademais, demonstrou-se existir um processo de construção da colaboração entre os profissionais, com predomínio da lógica do trabalho interprofissional.

*[...] eu vejo que ali ele não iria conseguir resolver sozinho e precisava de opiniões da equipe... Todo mundo depende de todo mundo, ninguém faz as coisas só. (Agente Comunitária de Saúde).*

*Quando se trabalha em equipe se junta o trabalho de todos para no final atingir um objetivo comum. (Médico).*

### 5.5.3 Dimensão formalização

São as ferramentas de formalização que garantem divisão de tarefas, o registro e o alinhamento de linguagem típicos da CIP (D'AMOUR *et al.*, 2008). Dentro desta dimensão ficou evidente que o indicador “Troca de informações”, apresentou-se potente tendo em vista que havia uma boa relação entre os profissionais.

*[...] eu acho que ser flexível também... por exemplo, uma agenda... todo mundo tem uma agenda formada para o mês todo, mas acontece de ter um paciente de urgência como surgiu da área da Vanessa, aí ela foi agendou comigo na rede social mesmo, no whatsapp... mandou mensagem...aí eu fico tentando encaixar dentro da minha agenda pra fazer o atendimento dele... (Fonoaudióloga).*

*A disposição para o compartilhamento... hoje as redes sociais facilitam muito também para que essa colaboração aconteça ne?... mais perto para que haja esse contato mais perto... a disposição do outro em escutar, enfim em se envolver mais. (Psicóloga).*

Segundo Arruda *et al.* (2018), uma importante ferramenta de formalização que tenciona para a CIP ao mesmo tempo em que propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações e dos prazos é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma metodologia de condução dos casos incluída na clínica ampliada, preconizada para a ESF. (BRASIL, 2014a). Silva *et al.* (2013) reforçam que o PTS é uma estratégia inovadora do SUS que subsidia a prática interprofissional, tomando como pressuposto a integralidade da atenção.

No entanto, tal ferramenta é pouco utilizada pelos profissionais das equipes em questão neste estudo. Quando nos casos assistenciais mais complexos, a colaboração se apresenta de forma mais intensa, porém na “informalidade” (troca de informações nos

corredores, por telefone, por aplicativo de mensagens). Percebeu-se que existe uma lacuna no que diz respeito a instrumentos de registro das ações relacionadas à clínica ampliada.

#### 5.5.4 Dimensão Internalização

A internalização inclui os indicadores “Convivência mútua” e “Confiança”. A “Convivência mútua” permite aos profissionais se conhecerem pessoal e profissionalmente, bem como descobrir as afinidades e desenvolver sentimento de pertença em relação ao grupo. (DIAS *et al.*, 2016).

Quanto à dimensão da internalização, houve relatos de atuação em conjunto, nos quais a confiança no parceiro é expressa, correspondendo a um processo de colaboração em desenvolvimento:

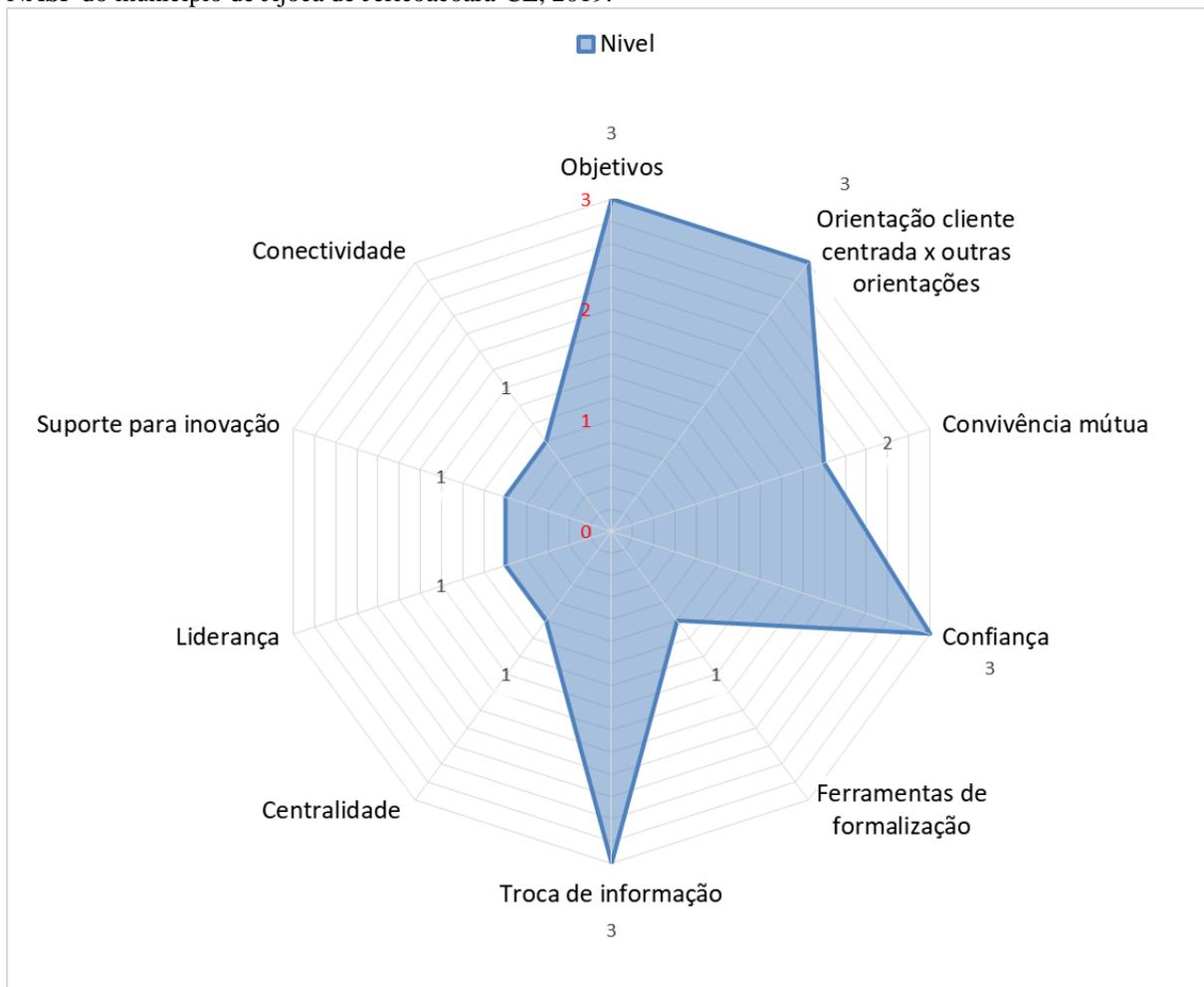
*Teve um caso... [...]de uma ACS lá... ela conhece bem a área dela, ela identificou que lá tinha alguns problemas de... de muitos diabéticos, aí ela mesma lançou a ideia de fazer um grupo... com idosos... ai ela mesma chegou pro enfermeiro, falou dessa demanda que tinha lá que era muito grande, e ela mesma achava que precisava fazer alguma coisa... ai o enfermeiro foi lá, constatou isso, ai nisso a gente começou e montou uma ação que envolvia o nutricionista, eu, que tava participando também e vários outros profissionais... (Profissional de Educação Física).*

*[...] e aí eu vou ter que interagir com o outro para poder complementar... valorizar cada saber. (Cirurgião Dentista).*

Entretanto a ausência de momentos de encontro e reflexão formais, instituídos nas agendas (reuniões, grupos de estudo, discussão de casos), sobre o processo de trabalho entre profissionais das equipes de referência e de apoio o fragiliza.

Os resultados em termos das quatro dimensões e dos dez indicadores do modelo estão aqui apresentados de forma esquemática pelo gráfico de Kiviat que possibilita visualizar a situação da colaboração interprofissional entre os profissionais da APS em um *continuum* de 1 a 3, dependendo dos níveis de colaboração apresentados (gráfico 1).

Gráfico 1 - Gráfico de Kiviat do Nível de Colaboração Interprofissional dos profissionais das equipes SEDE I e NASF do município de Jijoca de Jericoacoara-CE, 2019.



LEGENDA:

- 1 - Nível de Colaboração Interprofissional latente.
- 2 - Nível de Colaboração Interprofissional em desenvolvimento.
- 3 - Nível de Colaboração Interprofissional ativa.

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

Desta forma, a análise das dimensões da CIP permite inferir que ela acontece no contexto de trabalho das equipes de saúde da família SEDE I e do NASF do município de Jijoca de Jericoacoara, porém encontra-se em níveis diferentes quando se considera cada um dos indicadores. É importante destacar também que os fatores externos e conjunturais têm grande poder de influência sobre a prática colaborativa. Entre estes fatores, San-Martin *et al.* (2005) consideram os determinantes sistêmicos, como questões sociais, culturais e do sistema educacional que forma os profissionais de saúde.

## 6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, cabe refletir que o desenvolvimento de uma intervenção educativa voltada para um determinado público alvo, na perspectiva da colaboração interprofissional, e almejando a promoção de estilos de vida saudáveis é factível e ao mesmo tempo desafiador. Para que a intervenção atenda às reais necessidades da população é indispensável uma imersão na realidade social e de saúde que essas pessoas vivenciam. Tal realidade muitas vezes é conhecida apenas na sua superficialidade, apreendida entre as quatro paredes do consultório das UBS.

Elaborar o diagnóstico situacional, *in loco*, dos idosos com diabetes *mellitus* adscritos no território de abrangência da eSF SEDE I possibilitou identificar fragilidades na assistência prestada pelas equipes da APS, além de sinalizar informações e demandas até então não identificadas pelos profissionais e que precisavam de intervenção com brevidade.

Apesar de prescrito para Estratégia Saúde da Família, percebeu-se que o trabalho colaborativo e interprofissional ainda apresentam-se frágeis, havendo a necessidade de se instituir espaços e momentos que favoreçam o desenvolvimento da colaboração interprofissional, visto que esta lacuna se arrasta desde a formação profissional interferindo sobremaneira nos espaços de atuação, o que reflete na qualidade do trabalho desenvolvido.

Destaca-se que existe um entendimento conceitual sobre colaboração interprofissional, entretanto este não se efetiva totalmente no cotidiano das práticas. Observou-se insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF.

É nítida a necessidade de aperfeiçoar a gestão do trabalho dotando os serviços de mais recursos de apoio à colaboração interprofissional, que precisa ser entendida não apenas como um esforço individual e pessoal do trabalhador em saúde, mas também como um esforço coletivo e ampliado de diversos agentes (profissionais, gestores e usuários) e componentes do sistema (gestão do trabalho, sistema de informação, entre outros). A implantação de um processo de construção dialogada e compartilhada de objetivos comuns entre apoio e referência exige uma gerência comprometida com a superação de suas barreiras estruturais e conjunturais.

Contudo, assumir condutas colaborativas em ambientes de trabalho não representa uma mudança ou, ainda, uma adoção de novas práticas que sejam fáceis. Este desafio requer que não só os profissionais envolvidos em campos de prática sejam responsáveis, mas, também, representa uma responsabilidade dos gestores, tendo estes a necessidade de afirmar, cada vez mais, o interesse para a promoção de uma transição de cuidados de saúde

fragmentados para uma prática colaborativa que atenda às necessidades de saúde dos indivíduos cuidados.

No que tange aos estilos de vida saudáveis entende-se que hábitos de vida inadequados estão associados ao surgimento de doenças crônicas, como por exemplo, o diabetes *mellitus*, enfoque deste estudo. Assim, as equipes de saúde têm um papel cada vez mais determinante para a promoção de estratégias que estimulem a adoção de práticas de cuidados ao longo das etapas dos ciclos de vida havendo a urgência de ações de promoção da saúde orientadas ao envelhecimento saudável, e não resumidas apenas ao acompanhamento das cronicidades.

Ficou evidente que a lógica do modelo biomédico de assistência à saúde ainda é muito forte na realidade estudada, havendo uma supervalorização de ações pontuais e atendimentos individualizados em detrimento das ações de promoção da saúde que de fato promovam mudanças de hábitos de vida. Existe uma exigência da gestão da APS por quantitativo de atendimentos fazendo-se necessário um tencionamento por parte dos profissionais.

Apontam-se, como limitação do estudo, dificuldades inerentes às pesquisas qualitativas baseadas principalmente em entrevistas. É reconhecido que elas não oferecem dados sobre o que os sujeitos fazem, mas sim sobre o que eles relatam sobre uma determinada questão, e principalmente, de que modo relatam o que pode ser muito importante para a compreensão do significado que certa questão assume para determinado entrevistado. Além disso, revela-se ainda a limitação relacionada à própria complexidade do objeto analisado. Não é possível capturar todos os fatores que influenciam na colaboração, principalmente os fatores externos e conjunturais.

Por fim, ressalta que este estudo não é conclusivo, mas sinaliza pontos para pesquisas futuras envolvendo a temática da colaboração interprofissional voltada para o cuidado de um público alvo. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos que tencionem para a reorientação das agendas de gestores e profissionais como forma de garantir a institucionalização de práticas colaborativas. Ademais, sugerem-se pesquisas com maior intervalo de tempo a fim de que se analisem possíveis mudanças tanto nas práticas interprofissionais, como na assistência prestada e, sobretudo, nos estilos de vida da população estudada.

## REFERÊNCIAS

- ABED, Marcelo Musa *et al.* **Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica.** 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/5479/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Marcelo%20Musa%20Abed%20-%202015.pdf>. Acesso em: 15 mar 2018.
- AGRELI HF, PEDUZZI M, SILVA MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(59):905-16. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n59/905-916/pt/>. Acesso em 20 dez. 2019.
- ALCÂNTARA A. Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento. In: Alcântara A, Camarano AA, Giacomini KC. (Org). **Políticas Nacional do Idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: IPEA, 2016. P. 323-342.
- ANDRADE, Lucas Melo Biondi *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Rev. Saúde e Transformação**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012. Disponível em <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1471>> Acesso em 30 de ago.2018.
- ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre Brasil e Portugal. 2017. **Tese de Doutorado.** Recife, 2017.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consoldicação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 12, n. 2, p. 455-464, abril 2007.
- ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Dec. 2019. Epub Dec 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>.
- BAGGS, J. G. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. **Journal of Advanced Nursing**, 20, 1994. 176-182.
- BALDWIN, D. M. C. Some historical notes on interdisciplinary teams and interprofessional education and practice in health care in USA. **Journal of interprofessional care**, London, v. 21, p. 23-37, 2007. Suplemento.
- BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BITENCOURT, R.O.M; DALTO, F.A.S. A internalização da Previdência Social Rural na autonomia e no consumo dos idosos: um estudo de caso. **Revista de Estudos Sociais.** [online] 2017 [Acesso em 01 out. 2019]; 18 (37); 42-57. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/res/article/view/3161>.

BOTH J, *et al.* Validação da escala “Perfil do Estilo de Vida Individual”. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 2008; 13(1):5-14.

BRAGA A.V.P *et al.* Perfil nutricional e incidências patológicas dos idosos atendidos na clínica escola de Nutrição de Juazeiro do Norte-CE. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento** [online]. 2019 [Acesso em: 29 set. 2019]; 13 (79): 440-445. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/985/693>.

BRANDÃO, D. F. L. M. O.; SILVA, A. P. G.; PENTEADO, L. A. M. Relação bidirecional entre a doença periodontal e a diabetes mellitus. **Scientific-clinical odontology**, 2011. V. 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF.: OPAS, 2011.

\_\_\_\_\_. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, v. 40, n. 4, p. 427-435, may 2002.

\_\_\_\_\_. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de atenção básica nº 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em:

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos). Acesso em: 20 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_.Constituição(1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRAVO, M.I. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BURGOS, M.G.P.A *et al.* Consumo de macro e micronutrientes de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos no núcleo de apoio ao idoso. **Medicina Ribeirão Preto**. Online. 2019 [Acesso em 30 ago. 2019]; 52(2): 121-127. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/159721>.

CAMARANO, A.A (editor). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

CAMARGO, C; LACERDA, A.B.M; SAMPAIO, J; LÜDERS, D; MASSI, G; MARQUES, J.M. Percepção de idosos sobre a restrição da participação relacionada à perda auditiva. **Distúrbios da Comunicação** [online] 2018 [Acesso em 02 out. 2019]; 30(4): 736-747. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/dic/article/viewFile/35364/27293>

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde - COPROM. Núcleo de Informação e Análise em Saúde – NUIAS. **Caderno de Informação em Saúde: Região de Saúde Acaraú**, 2014.

CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAIMOWICZ, F *et al.* Saúde do Idoso. **NesconUfmg**. 2 ed. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <file:///E:/Downloads/saude%20do%20idoso.pdf>. Acesso em: 10 mar 2018.

CIOSAK, SuelyItsuko *et al.* Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

CONNIL, E.M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde**: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf> Acesso em: 19 jun. 2018.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; ENDERS, Bertha Cruz; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. **Trabalho em equipe de saúde**: uma análise contextual. 2008

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2010.

D'AMOUR D; OANDASAN I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J Interprof Care** 2005; 19(Supl. 1):8-20.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec**. 1997. Tese (Doutorado) –Université de Montreal, Montreal/Canadá.

D'AUNNO, T. Business as Usual? Changes in health care's workforce and organization of work. **Hosp Health Serv Adm**; 41:3-18,1996.

DA SILVA, E; DE SOUZA, A; KÜMPEL, C; SOUZA, J; PORTO E. Estilo de vida de indivíduos usuário do sistema único de saúde. **Lif. St.** [Internet]. 21º de dezembro de 2018 [Acesso em 3 de outubro de 2019];5(2):61-5. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/1073>

DALLA, S.A.A.D; Elys Regina *et al.* Bioética aplicada a pesquisa e inovação farmacêutica. **Revista de Pesquisa e Inovação Farmacêutica**, v. 1, n. 1, 2015.

D'AMOUR D; GOULET L; LABADIE JF; MARTÍN-RODRIGUEZ LS; PINEAULT R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res**. 2008; 8:188.

DE OLIVEIRA, Cacilda Pedrosa *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro de hospital universitário brasileiro. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 1, p. 44-50, 2018.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1789-1798, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n6/1789-1798/pt/>. Acesso em 12 ago. 2019.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 415-437, 2013.

ESCALDA, Patrícia; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1717-1727, 2018.

FAQUIM, Juliana Pereira da Silva. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FÁVERO, M. H. A. A pesquisa de intervenção na psicologia da educação matemática. **Educar em revista**, Curitiba. Editora UFPR. n. Especial 1/2011, p. 47-62, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/er/nse1/04.pdf> > Acesso em: 12 abr. 2019.

FERMINO, R. C. *et al.* Atividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio de Curitiba, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 6, p. 986-995, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102010000600002&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102010000600002&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em: 01 mai 2018.

FERRAZ, M.O.S; DOS REIS, L.A; LIMA, P.V. Condições de saúde de idosos portadores de

Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia** [online]. 2017 [Acesso em 01 set. 2019]; 10 (33): 56-71. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/599/856>.

FERREIRA, O. G. L., *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.** v. 21, n. 3, set. 2012.

FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES (org).** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLOR, L.S; CAMPOS, M.R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2017 [Acesso em 28 Setembro 2019]; 20 (01):16-29. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>>.

FORMIGA, Laura Maria Feitosa *et al.* Envelhecimento ativo: revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde-RICS**, v. 4, n. 2, 2018

FORTE, Franklin Delano Soares *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 787-796, 2016.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise. **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** 3 ed. Lores: Lusodidacta, 2009.

FREIRE FILHO, José Rodrigues *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 26, e3018, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692018000100334&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692018000100334&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 20 out. 2018. Epub 09-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>

FREIRE, P. **Educação para a prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 19º ed., 150 p., 1989.

FREITAS, R.F et al. Índice de massa corporal e os fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Revista Univap** [online]. 2019. [Acesso em 29 set. 2019]; 25 (47): 110-121. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2011>.

FRENK J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.

FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 178-189, 2011.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro *et al.* O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 1, p. 31-36, 2015.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 7-74, 2012.

GOMES, Sónia Cristina Tavares César. **A diabetes mellitus como determinante em saúde e envelhecimento: o conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença**. 2011. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.

GUCCIONE, A. A. Avaliação funcional do idoso. **Guccione AA, organizador. Fisioterapia geriátrica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 114-24, 2002.

HANI, A.-T.; MOHEMADR, N.; SHAMRANI, A. A. The bi-Directional relationship between Diabetes Mellitus and Periodontal Disease a structured review and contemporary concepts. **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN**, 2017. v. 16, n. 5, p. 81-86. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/88cf/0e3fea147faa5beaf5580408df20e6de7034.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HEINEMANN, Gloria D. Teams in health care settings. In: **Team performance in health care**. Springer, Boston, MA, 2002. p. 3-17.

HOJAT, M. et al. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. **Journal of Interprofessional Care**, 29, n. 3, may 2015. 238-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25311270>. Acesso em: 15 mar 2018.

HOJAT, M.; HERMAN, M. W. **Developing and instrument to measure attitudes toward nurses**: preliminary psychometric findings. *Psychological Reports*, 56, 1985.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE; 2001-2010. IBGE. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230725&search=ceara%20jijo-ca-de-jericoacoara> Acesso em: 14 jun. 2019

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29723/31600> Acesso em: 05 jun. 2018.

LIMA, Thaís Jaqueline Vieira de, *et al.* Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 265-276, 2014.

LUNARDI, V. L., *et al.* Impacto dos resultados das pesquisas em enfermagem na prática profissional. **Cogitare Enfermagem**. v. 14, n. 1, Jan/Mar, 2009.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

MAGALHÃES, P.L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção**. Corinto, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>> Acesso em: 28 abr. 2018.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, 2009.

MATUDA, Caroline Guinoza; AGUIAR, Dulce Maria de Lucena; FRAZÃO, Paulo. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 173-186, 2013.

MEDEIROS JÚNIOR, M.E. **Manual do Médico de Família: Santa Marcelina**. São Paulo: Martini, 2016.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, D.F.: OPAS; 2012.

MENDES, S.M; MORAES, C.F; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [versão eletrônica]. 2014 [Acesso em: 30 set. 2019]; 9 (32): 273-278. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/795>.

MENESES, D.L.P; DA SILVA JÚNIOR, F.J.G; MELO, H.D.S.F; CARVALHO, J; DE SOUSA LUZ, V.L.E; FIGUEIREDO, M.D.L.F. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco** [online] 2013 [Acesso em 02 out. 2019]; 4(1): 15-18. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495>.

MINAYO, M.C.S. **Técnicas de análise do material qualitativo**. \_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, G.M.D et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro; 19(3):507-519, 2016.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2071-2085, 2012.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

NAHAS VM, BARROS MVG, FRANCALA CCIV. O pentáculo do bem-estar - base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Atividade Física e Saúde*. 2000; 5(2):49-59

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável. 6ª edição. Londrina :Midiograf, 2013.

NEDEL, Wagner Luis; SILVEIRA, Fernando da. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 28, n. 3, p. 256-260, 2016.

OANDASAN, I. *et al.* Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice. **Ottawa: Health Canada**, v. 10, 2004.

OLIVEIRA, HadelândiaMilon de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; PARENTE, Rosana Cristina Pereira. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 539-550, 2011.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**.Alma-Ata:OMS, 1978.3p. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **Envelhecimento no Século XXI**: celebração e desafio. Nova Iorque: UNFPA. Londres: HelpAgeInternational; 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (2002). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization. (S, Gontijo Trad.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, Suíça; 2015.

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma introdução aos métodos mistos.**Sociologias** [online]. 2016, vol.18, n.42, pp.384-411. ISSN 1517-4522. <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 4º reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v.17, n.3, 2005, p.18-25.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. **Clínica médica**. 2ª ed. Barueri: Manole, p. 171-9, 2016.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v.

22, n. Suppl 2, pp. 1525-1534. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. Acessado 31 Outubro 2019.

PEREIRA, M.S; LUZ, D.C.M; RAMOS, J.M.N; KHOURI, P.B.S; VIANA NETO, R.E; SOUZA, C.M.F, et al. Avaliação do perfil sociodemográfico, clínico, laboratorial e terapêutico dos pacientes com artrite reumatoide em um ambulatório-escola de Teresina, Piauí. **Arch Health Invest**. 2017;6(3):125-8

PERRACINI, Monica Rodrigues. Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, n. 47, p. 45-48, 2009. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122009000200012&lng=es&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200012&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 20 jul 2018.

PIMENTA, Susana Elisabete. **Mobilidade reduzida dos idosos no domicílio-Condições determinantes**. 2017. Dissertação de mestrado. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18054/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_MER\\_16\\_FINAL\\_1.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18054/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_MER_16_FINAL_1.pdf). Acesso em: 20 jun 2018

PINHEIRO, G.M.L. **Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. 2011. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129690>> Acesso em: 30 maio. 2018.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>, 2013.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 11, n. 5, p. 1966-1970, 2017.

PUTTASWAMY, K. A.; PUTTABUDHI, J. H.; RAJU, S. Correlation between Salivary Glucose and Blood Glucose and the Implications of Salivary Factors on the Oral Health Status in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. **J Int Soc Prev Community Dent**, 2017. v. 7, n. 1, p. 28–33. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28316946>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

ROCHA, M.L; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: ciência e profissão**, 2003; 23(4):64-73. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5915795>>. Acesso em: 02 maio. 2019.

ROOS, A.C; BAPTISTA, D.R; DE MIRANDA, R.C. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde** [online]. 2015 [Acesso em 05 ago.2019]; 10 (2): 329-346. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/13990>

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. *et al.* The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, supl. 1, p. 132-147, 2005.

SAUPE, R. *et al.* Competence of health professionals for interdisciplinary work. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

SAYEG, M.A. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. **ArqGeriatrGeront** 1998; 2(3):96-98

SILVA E.A *et al.* Idade funcional, parâmetros antropométricos, nível de atividade física e pressão arterial de idosas com diferentes faixas etárias. **RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**[online]. 2018 [Acesso em 30 set. 2019]; 12 (75): 479-487. Disponível em <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1439>.

SILVA EP, MELO FABP, SOUSA MM, GOUVEIA RA, TENÓRIO AA, CABRAL AFF, *et al.* Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **RevBrasCiencSaude**. 2013; 17(2):197-202

SILVA, Adriana Campos; REZENDE, Daniela. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 115, 2017.

SILVA, R. V. G. O. **O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: potencialidades para a integralidade**. 2014. 294 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129690>> Acesso em: 05 maio. 2018.

SOUZA, Heloiza Machado de. Programa Saúde da Família: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v53, n.especial, p. 7-16, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea02.pdf>> Acesso em 11 abr. 2018.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2004.

SULLIVAN, Toni J. **Collaboration: A health care imperative**. New York: McGraw-Hill, 1998.

TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface** (Botucatu) [online], v.9, n. 16, p. 25-38, fevereiro 2005.

VAGETTI, Gislaíne Cristina *et al.* Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 955-969, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2013000900013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2013000900013&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 24 mar 2018.

VASCONCELOS, A.M.N.;GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**. 2012.

VITOI, N.C; FOGAL, A.S; NASCIMENTO, C.M;FRANCESCHINI,S.C.C;RIBEIRO, A.Q. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. **Rev Bras. Epidemiol [online]**. 2015 [Acesso em 12 set. 2019];18(4):953-65. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18n4/953-965/>.

WANDERLEY, R.M.M *et al.* Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**. 2019.; 3 (2): 472-82.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Informe mundial sobre la diabetes. **Resumen de Orientación. World Report on Diabetes. Executive summary**, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**.Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3; 2010. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)

YEOM *et al.* **Risk Factors for Mobility limitation in Community – Dwelling Older Adults: a social ecological perspective**. *Geriatric Nursing*, March-April 2008, V.29, N°2, pp. 133-140. [Consult. 5 de Maio de 2018]. Disponível em: [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(07\)00201-7/abstract](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(07)00201-7/abstract).

ZWARENSTEIN, M.; REEVES, S.; PERRIER, L. Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure interprofessional collaboration interventions. **Interdisciplinary education for collaborative patient-centered practice**, p. 38-50, 2004

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS IDOSOS

---

### Título do Estudo: “COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES MELLITUS”

---

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, o pesquisador responsável pelo estudo e a equipe desta pesquisa estarão disponíveis para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

---

#### **Os Objetivos do Estudo são:**

##### GERAL:

- ✓ Desenvolver uma intervenção educativa de promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes *mellitus*, na perspectiva da colaboração interprofissional.

##### ESPECÍFICOS:

- 3 Identificar os determinantes sociodemográficos dos idosos com diabetes *mellitus*;
  - 4 Analisar as condições de saúde e os estilos de vida dos idosos com DM;
  - 5 Realizar um alinhamento conceitual sobre colaboração interprofissional com os profissionais da ESF e do NASF para a implementação da intervenção educativa junto aos idosos com DM;
  - 6 Avaliar a atitude dos profissionais da ESF e NASF quanto à colaboração interprofissional na implementação da intervenção educativa realizada junto ao idoso com DM.
- 

#### **Duração do Estudo**

A duração total do estudo será de dois anos.

A sua participação no estudo será de aproximadamente 06 meses, tempo necessário para responder aos questionários e participar das oficinas educativas que serão planejadas e executadas pelos profissionais da ESF e do NASF. Compreendendo a singularidade da vida e da rotina de cada um, as oficinas educativas com intervalo de um mês entre elas e com uma perspectiva de duração de uma hora, terão a data e o horário previamente informados.

---

#### **Descrição do Estudo**

Participarão do estudo aproximadamente 134 indivíduos, dentre os idosos e os profissionais de saúde.

O estudo será realizado no município de Jijoca de Jericoacoara considerando as equipes da Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que compõe a Atenção Primária à Saúde do referido município.

O (a) Senhor (a) foi escolhido (a) a participar do estudo porque se enquadra nos critérios de definição dos participantes idosos com 60 anos ou mais, com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e não restrito ao domicílio.

O (a) Senhor (a) não poderá participar do estudo se não se enquadrar nos critérios de definição dos participantes idosos ou apresentar algum comprometimento que possa inviabilizar a participação nas oficinas educativas.

---

#### **Procedimento do Estudo**

---

---

Após entender, concordar em participar e assinar o TCLE, que terá duas vias, uma retida pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador, serão aplicados pela pesquisadora os questionários e escalas com a finalidade de traçar um diagnóstico situacional dos idosos para em seguida ocorrer o planejamento, construção/elaboração e execução das oficinas educativas com o envolvimento dos profissionais da ESF e do NASF em todos os momentos.

As informações serão armazenadas para quaisquer esclarecimentos. Caso seja necessário, os participantes poderão ser contactados por telefone pelo pesquisador. Todos os esclarecimentos serão dados, bem como qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. O participante do estudo poderá deixar de participar em qualquer momento, se assim lhe convier e sem que isso lhe traga prejuízos.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas e demais eventos acadêmicos. Será mantido o caráter sigiloso de todas as informações relacionadas à privacidade dos participantes da pesquisa.

---

### **Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto**

Esta pesquisa apresenta riscos reduzidos por atender a todos os preceitos éticos que orientam as pesquisas com seres humanos e por submeter aos órgãos e a seus representantes um formulário com solicitação de sua participação.

Entre os possíveis riscos estão a invasão de privacidade, a tomada do tempo do participante para responder os questionários, interferência na vida e na rotina, medo de repercussões eventuais. Frente à possibilidade dos danos supracitados serão tomadas as seguintes providências e cautelas: o pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada; seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão; o (a) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo; será garantido local reservado e liberdade para não responder questões que julgar constrangedoras; serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

---

### **Benefícios para o participante**

O estudo terá como benefícios a realização de oficinas educativas visando a promoção de estilos de vida saudáveis a população idosa com diabetes *mellitus* e o despertar nos profissionais da importância da prática colaborativa no contexto da Estratégia Saúde da Família, de modo a qualificar o processo de trabalho com impactos na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

---

### **Compensação**

Você não terá despesa adicional e nenhuma compensação para participar desta pesquisa.

---

### **Participação Voluntária/Desistência do Estudo/Descontinuação do Estudo**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser.

Após assinar o TCLE, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim lhe convier, sem lhe causar quaisquer prejuízos.

O pesquisador poderá retirá-lo do estudo, caso os procedimentos do estudo possam apresentar algum risco. Mas isso tudo será devidamente informado ao Sr (a). Além disso, tanto o pesquisador, como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), poderá interromper o estudo, caso julgue que o mesmo possa apresentar algum dano aos participantes.

---

---

### **Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida**

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. As responsáveis pelo estudo nesta instituição são: Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Marcionilia de Araújo Lima Neta que poderão ser encontradas no endereço: Av. Maurocélvio Rocha Pontes, 155. Centro de Ciências da Saúde (CCS) Campus Derby, na Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA ou nos telefones: (88) 3614-2439/ 99735-2414.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA, através do telefone (88) 3677-4255 ou pelo e-mail: [uva\\_comitedeetica@hotmail.com](mailto:uva_comitedeetica@hotmail.com)

---

### **Declaração de Consentimento Pós Informado**

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar do estudo: *“COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES MELLITUS”*

Declaro que li e entendo o documento de consentimento e os objetivos do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir participar ou não desta pesquisa. Entendo que ao assinar esse documento não estou abdicando de nenhum dos meus direitos legais.

Eu autorizo a utilização dos meus registros coletados para fins desta pesquisa.

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome do Representante Legal do Participante da Pesquisa Letra de Forma ou  
digitado (quando aplicável)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal do Participante da Pesquisa (quando aplicável)

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa obtendo o Consentimento

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa Obtendo o Consentimento

\_\_\_\_\_  
Marcionilia de Araújo Lima Neta

\_\_\_\_\_  
Data

---

Assinatura e Carimbo do Pesquisador Principal

**Importante:** Este documento é elaborado e deverá ser assinado em duas vias: uma será entregue ao participante da pesquisa e a outra via ficará com o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador, pelo participante da pesquisa ou seu representante legal, em atendimento à CARTA CIRCULAR N° 003/2011 CONEP/CNS/MS disponível no site da CONEP: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html).

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

---

**Título do Estudo: “COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES MELLITUS”**

---

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, o pesquisador responsável pelo estudo e a equipe desta pesquisa estarão disponíveis para esclarecê-los.

A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

---

### **Os Objetivos do Estudo são:**

GERAL:

- ✓ Desenvolver uma intervenção educativa de promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes *mellitus*, na perspectiva da colaboração interprofissional.

ESPECÍFICOS:

- 7 Identificar os determinantes sociodemográficos dos idosos com diabetes *mellitus*;
  - 8 Analisar as condições de saúde e os estilos de vida dos idosos com DM;
  - 9 Realizar um alinhamento conceitual sobre colaboração interprofissional com os profissionais da ESF e do NASF para a implementação da intervenção educativa junto aos idosos com DM;
  - 10 Avaliar a atitude dos profissionais da ESF e NASF quanto à colaboração interprofissional na implementação da intervenção educativa realizada junto ao idoso com DM.
- 

### **Duração do Estudo**

A duração total do estudo será de dois anos.

A sua participação no estudo será de aproximadamente 06 meses, tempo necessário para responder aos questionários e participar da intervenção educativa que será planejada e executada pelos profissionais da ESF e do NASF. Compreendendo a singularidade da vida e da rotina de cada um, o planejamento e execução da intervenção educativa ocorrerá com data e horário previamente informados e combinados. As oficinas que serão executadas com os idosos poderão ocorrer com intervalo de um mês entre elas, com uma perspectiva de duração de uma hora e também com data e horário previamente informados e combinados.

---

### **Descrição do Estudo**

Participarão do estudo aproximadamente 134 indivíduos, dentre os idosos e os profissionais de saúde.

O estudo será realizado no município de Jijoca de Jericoacoara considerando as equipes da Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que compõe a Atenção Primária à Saúde do referido município.

O (a) Senhor (a) foi escolhido (a) a participar do estudo porque se enquadra nos critérios de definição dos participantes profissionais de saúde de nível superior, técnico ou Agente Comunitário de Saúde com atuação na ESF e/ou NASF.

O (a) Senhor (a) não poderá participar do estudo se não se enquadrar nos critérios de

---

---

definição dos participantes profissionais de saúde ou apresentar algum comprometimento que possa inviabilizar na participação do planejamento e execução da intervenção educativa junto à população idosa com diabetes *mellitus*.

---

### **Procedimento do Estudo**

Após entender, concordar em participar e assinar o TCLE, que terá duas vias, uma retida pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador, será aplicada pela pesquisadora junto aos profissionais uma escala que mede a atitude em relação à colaboração interprofissional. Posteriormente, a pesquisadora aplicará os questionários junto aos idosos com a finalidade de traçar um diagnóstico situacional para em seguida ocorrer o planejamento, construção/elaboração e execução das oficinas educativas com o envolvimento dos profissionais da ESF e do NASF em todos os momentos.

As informações serão armazenadas para quaisquer esclarecimentos. Caso seja necessário, os participantes poderão ser contactados por e-mail ou telefone pelo pesquisador. Todos os esclarecimentos serão dados, bem como qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. O participante do estudo poderá deixar de participar em qualquer momento, se assim lhe convier e sem que isso lhe traga prejuízos.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas e demais eventos acadêmicos. Será mantido o caráter sigiloso de todas as informações relacionadas à privacidade dos participantes da pesquisa.

---

### **Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto**

Esta pesquisa apresenta riscos reduzidos por atender a todos os preceitos éticos que orientam as pesquisas com seres humanos e por submeter aos órgãos e a seus representantes um formulário com solicitação de sua participação.

Entre os possíveis riscos estão a invasão de privacidade, a tomada do tempo do participante para responder os questionários, interferência na vida e na rotina, medo de repercussões eventuais. Frente à possibilidade dos danos supracitados serão tomadas as seguintes providências e cautelas: o pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada; seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão; o (a) sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo; será garantido local reservado e liberdade para não responder questões que julgar constrangedoras; serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

---

### **Benefícios para o participante**

O estudo terá como benefícios a realização de oficinas educativas visando a promoção de estilos de vidas saudáveis a população idosa com diabetes *mellitus* e o despertar nos profissionais da importância da prática colaborativa no contexto da Estratégia Saúde da Família, de modo a qualificar o processo de trabalho.

---

### **Compensação**

Você não terá despesa adicional e nenhuma compensação para participar desta pesquisa.

---

### **Participação Voluntária/Desistência do Estudo/Descontinuação do Estudo**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser.

Após assinar o TCLE, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim lhe convier, sem lhe causar quaisquer prejuízos.

---

---

O pesquisador poderá retirá-lo do estudo, caso os procedimentos do estudo possam apresentar algum risco. Mas isso tudo será devidamente informado ao Sr (a). Além disso, tanto o pesquisador, como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), poderá interromper o estudo, caso julgue que o mesmo possa apresentar algum dano aos participantes.

---

### **Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida**

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. As responsáveis pelo estudo nesta instituição são: Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Marcionilia de Araújo Lima Neta que poderão ser encontradas no endereço: Av. Maurocélvio Rocha Pontes, 155. Centro de Ciências da Saúde (CCS) Campus Derby, na Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA ou nos telefones: (88) 3614-2439/ 99735-2414.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA, através do telefone (88) 3677-4255 ou pelo e-mail: [uva\\_comitedeetica@hotmail.com](mailto:uva_comitedeetica@hotmail.com)

---

### **Declaração de Consentimento Pós Informado**

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar do estudo: *“COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES MELLITUS”*.

Declaro que li e entendo o documento de consentimento e os objetivos do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir participar ou não desta pesquisa. Entendo que ao assinar esse documento não estou abdicando de nenhum dos meus direitos legais.

Eu autorizo a utilização dos meus registros coletados para fins desta pesquisa.

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome do Representante Legal do Participante da Pesquisa Letra de Forma ou digitado (quando aplicável)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal do Participante da Pesquisa (quando aplicável)

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa obtendo o Consentimento

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa Obtendo o Consentimento

---

Marcionília de Araújo Lima Neta

---

Data

---

Assinatura e Carimbo do Pesquisador Principal

**Importante:** Este documento é elaborado e deverá ser assinado em duas vias: uma será entregue ao participante da pesquisa e a outra via ficará com o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador, pelo participante da pesquisa ou seu representante legal, em atendimento à CARTA CIRCULAR N° 003/2011 CONEP/CNS/MS disponível no site da CONEP: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html).

## ANEXO A: ESCALA DE JEFFERSON DE ATITUDES RELACIONADAS À COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EJARCI)

### Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)

Sexo: (  ) Masculino. (  ) Feminino.

Idade (em anos): \_\_\_\_\_

País: Brasil

Favor marcar sua área de especialização, caso seja profissional, ou seu programa acadêmico, se for estudante. (listados em ordem alfabética):

- [1] Agente comunitário de saúde
- [2] Assistente Social
- [3] Enfermagem (Especifique, por favor, sua especialidade:( \_\_\_\_\_ ))
- [4] Farmácia (Especifique, por favor, seu ambiente de trabalho):  
(a). Drogeria/Farmácia. (b). Farmácia Hospitalar. (c). Outros.
- [5] Fisioterapia
- [6] Fonoaudiologia
- [7] Medicina (Especifique, por favor, sua especialidade:( \_\_\_\_\_ ))
- [8] Nutrição
- [9] Odontologia (Especifique, por favor, sua especialidade:( \_\_\_\_\_ ))
- [10] Psicologia
- [11] Profissional de Saúde Pública
- [12] Técnico ou Auxiliar em Enfermagem
- [13] Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal
- [14] Terapia Ocupacional
- [15] Outro(a) (especifique, por favor:( \_\_\_\_\_ ))

Definições:

**Colaboração interprofissional:** Trabalho em conjunto de profissionais da área de saúde de diferentes formações, com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento dos pacientes.

**Profissionais de saúde:** Pessoas qualificadas, com formação e conhecimento em profissões relacionadas à saúde.

**Pacientes (clientes):** Indivíduos que recebem serviços prestados por profissionais da área de saúde.

**Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)**

**Instruções:** Indique, por favor, o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações, escrevendo o número apropriado entre os parênteses disponibilizados antes de cada afirmação. Utilize, por favor, a escala de 7 pontos, a seguir (quanto maior o número na escala, maior a concordância):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**Discordo totalmente**
**Concordo totalmente**

1. (\_\_\_) Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.
2. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.
3. (\_\_\_) O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.
4. (\_\_\_) As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.
5. (\_\_\_) Os profissionais de saúde não devem questionar as decisões tomadas por colegas, mesmo que eles achem que essas possam ter efeitos prejudiciais ao paciente/cliente.
6. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.
7. (\_\_\_) A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.
8. (\_\_\_) O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.
9. (\_\_\_) A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.
10. (\_\_\_) A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.
11. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.
12. (\_\_\_) A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.
13. (\_\_\_) Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.
14. (\_\_\_) Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.
15. (\_\_\_) Devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.
16. (\_\_\_) Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.

<b>Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)</b>
---

17. (\_\_\_) Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.
18. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.
19. (\_\_\_) Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.
20. (\_\_\_) Durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.

---

© Jefferson Medical College, 2015. Todos os direitos reservados. (Versão Brasileira – Português)

## ANEXO B: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Indicador</b>
<b>Gênero</b>	Masculino	Sim/Não
	Feminino	
<b>Idade</b>	Mais de 60 anos	Anos completos
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	Sim/Não
	Casado(a)	
	Separado(a)	
	Divorciado(a)	
	Viúvo(a)	
<b>Alfabetismo</b>	Sabe ler	Sim /Não
	Sabe escrever	
<b>Fonte de rendimento</b>	Trabalho	Sim/Não
	Aposentadoria	
	Pensão	
	Benefício Socioassistencial	
	Outra	
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	Sim/Não
	Ensino Básico	
	Ensino Fundamental	
	Ensino Médio	
	Ensino Superior	
<b>Profissão</b>	Se Sim, informar qual	Sim/Não
<b>Coabitantes</b>	Com mais de 65 anos	Número de coabitantes

Fonte: adaptado de Pimenta (2017)

## ANEXO C: QUESTIONÁRIO CONDIÇÕES DE SAÚDE

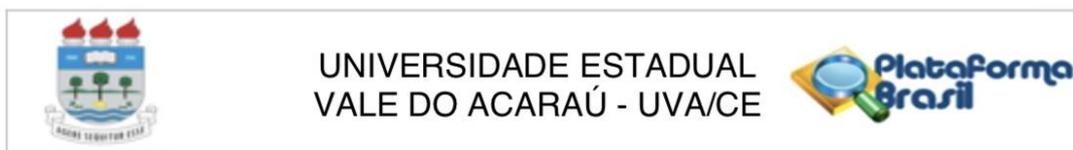
Componente	Dimensão	Indicador
Como considera o seu estado de saúde	Muito Bom	Sim/Não
	Bom	
	Mau	
	Muito mau	
IMC	Baixo peso	Peso/altura <sup>2</sup>
	Adequado ou Eutrófico	
	Sobrepeso	
Doenças associadas ao DM	Doenças cerebrovasculares (AVC)	Sim/Não
	Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA)	
	Doença neurológica (Parkinson)	
	Doença muscoesquelética e osteoarticular (Artrite)	
	Doença oncológica	
	Doença respiratória (DPCO, Asma, Bronquite)	
	Doença do sistema nervoso (Alzheimer)	
	Doença psiquiátrica (Depressão)	
	Hipertensão arterial sistêmica	
Não tem doença outra doença associada		
Sintomas/ manifestações	Perda de urina	Sim/ Não
	Sentimento de tristeza persistente	
	Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia	
	Dor musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)	
	Dificuldade em andar	
	Desequilíbrios constantes	
	Diminuição da audição	
	Diminuição da visão	
	Outra	
Não tem sintomas/manifestações		
Queda/ desmaios	Nos últimos 6 meses	Nenhum
		Uma vez
		Duas vezes
		Três ou mais vezes
Reação depois da queda	Se consegue levantar-se sozinho do chão	Sim/ Não

Fonte: adaptado de Pimenta (2017)

## ANEXO D: ESCALA DO PERFIL DO ESTILO DE VIDA

Componente	Dimensão	Indicador
<b>Nutrição</b>	A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.	0/1/2/3
	Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.	0/1/2/3
	Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno- almoço.	0/1/2/3
<b>Atividade Física</b>	No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	0/1/2/3
	Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular	0/1/2/3
	No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés de elevador	0/1/2/3
<b>Comportamento Preventivo</b>	Conheço a minha Tensão arterial, os meus níveis de colesterol e procuro controlá-los.	0/1/2/3
	Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).	0/1/2/3
	Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.	0/1/2/3
<b>Comportamento Relacional</b>	Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos.	0/1/2/3
	No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.	0/1/2/3
	Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social.	0/1/2/3
<b>Controle do Stress</b>	Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	0/1/2/3
	Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado.	0/1/2/3
	Equilibro o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	0/1/2/3

## ANEXO E: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES MELLITUS: efeitos de uma intervenção educativa

**Pesquisador:** Maristela Ines Osawa Chagas

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07923218.9.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.241.908

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo pré-experimental, desenvolvida com os profissionais da APS, bem como com os idosos diagnosticados com diabetes mellitus, usuários da ESF do município de Jijoca de Jericoacoara e Sobral, Ceará, Brasil. Os dados serão coletados a partir da aplicação de escalas e questionários com os idosos e com os profissionais, antes e após a intervenção educativa a fim de comparação. Serão aplicadas seis sessões educativas com intervalo de um mês entre elas. Essa intervenção será baseada nos princípios freirianos e terá o objetivo de impulsionar as competências no trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado no contexto da ESF.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar a atitude dos profissionais de saúde da ESF quanto à colaboração interprofissional.

**Objetivos Secundários:**

Identificar os determinantes sociodemográficos dos idosos com diabetes mellitus;

Analisar o índice de dependência, os estilos de Vida, atividade física e da alimentação e solidão dos idosos com DM;

Testar uma intervenção educativa de promoção de estilos de vida saudáveis à população

idosa com diabetes mellitus, na perspectiva interprofissional, para impulsionar as competências no

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

**Bairro:** Derby

**CEP:** 62.041-040

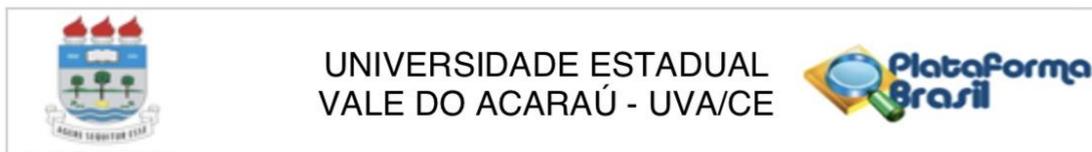
**UF:** CE

**Município:** SOBRAL

**Telefone:** (88)3677-4255

**Fax:** (88)3677-4242

**E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.241.908

trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos descritos pela pesquisadora:

Esta pesquisa apresenta riscos reduzidos por atender a todos os preceitos éticos que orientam as pesquisas com seres humanos e por submeter aos órgãos e a seus representantes um formulário com solicitação de sua participação.

Entre os possíveis riscos estão a invasão de privacidade, a tomada do tempo do participante para responder os questionários, interferência na vida e na rotina, medo de repercussões eventuais. Frente a possibilidade dos danos supracitados serão tomadas as seguintes providências e cautelas: o pesquisador irá tratar a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde; os resultados da pesquisa estarão à disposição dos participantes quando finalizada; o nome ou o material que indique a participação não será liberado sem a permissão dos participantes; os participantes não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo;

será garantido local reservado e liberdade para não responder questões que os participantes julgarem constrangedoras; serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Os benefícios relatados foram:

A realização de intervenções educativas visando a promoção de estilos de vidas saudáveis a população idosa com diabetes mellitus e o despertar nos profissionais da importância da prática colaborativa no contexto da estratégia saúde da família, de modo a qualificar o processo de trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de temática relevante e bem delineada metodologicamente.

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

Folha de rosto, carta de anuência e TCLE foram apresentados e encontram-se em conformidade.

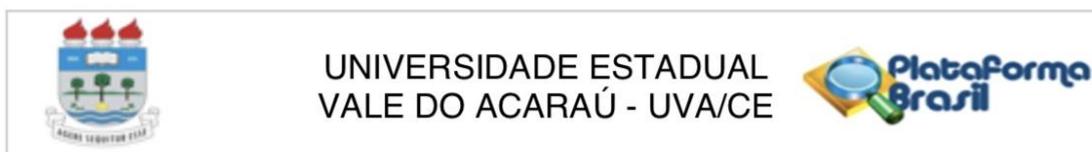
**Recomendações:**

Enviar relatório final da pesquisa a este CEP.

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

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.241.908

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Recomendo a aprovação ad-referendum deste projeto por terem sido atendidas as recomendações feitas em parecer anterior.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1221866.pdf	22/03/2019 13:07:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.pdf	22/03/2019 12:17:00	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	06/02/2019 14:40:03	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	06/02/2019 00:44:31	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoup.pdf	17/09/2018 14:07:52	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito
Cronograma	cronogramaprojeto.docx	17/09/2018 14:07:03	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito
Orçamento	orcamentoprojeto.docx	17/09/2018 14:06:51	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 03 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**Maria do Socorro Melo Carneiro**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ

### DECLARAÇÃO DE REVISÃO GRAMATICAL

À Faculdade UVA,  
À Coordenação de Projeto da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

DECLARO, para os devidos fins que se fizerem necessários que realizei a correção gramatical da dissertação para título de mestre intitulada: **COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS À POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES MELLITUS** realizado pela acadêmica do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF): **MARCIONILIA DE ARAÚJO LIMA NETA**, da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Por ser verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Sobral - CE, 18 de Junho de 2020.

**Ismael de Mesquita Braga Rodrigues**  
**Graduação em Pedagogia Licenciatura Plena**

