

## PET-SAÚDE: INTERFACE ENTRE A INTERPROFISSIONALIDADE E O CUIDADO COM AS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL

PET-HEALTH: INTERFACE BETWEEN INTERPROFESSIONALITY AND CARE FOR PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION

Ana Carolina Silva Busse<sup>1</sup>  
Fabrício Gonçalves Ferreira<sup>2</sup>  
Gabriela Ferreira Mendes<sup>3</sup>  
Renata Alessandra Evangelista<sup>4</sup>  
Sílvia Queiroz de Souza Matos<sup>5</sup>  
Wanessa Batista dos Anjos<sup>6</sup>

**RESUMO:** O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma estratégia que preconiza ações para reconstrução da formação profissional e qualificação dos profissionais da saúde, mediante a integração ensino, serviço e comunidade. À sombra desse olhar, o presente trabalho visa descrever, através de estudo exploratório com abordagem qualitativa, a relevância da interprofissionalidade para o cuidado das pessoas com diabetes e hipertensão, com base nas experiências dos participantes da Universidade Federal de Catalão (UFCAT) que foram propiciadas pelo PET-Saúde. As ações desenvolvidas fortalecem e articulam o ensino, a pesquisa, a extensão e a participação social, garantindo uma melhora significativa dos serviços de saúde, através da troca constante de vivências nos ambientes de atuação e da consolidação das possibilidades de cuidado

13

<sup>1</sup> Estudante de Medicina da Universidade Federal de Catalão. E-mail: anabusse@discente.ufg.br.

<sup>2</sup> Estudante de Psicologia da Universidade Federal de Catalão. E-mail: fabriciogoncalves914@gmail.com.

<sup>3</sup> Estudante de Psicologia da Universidade Federal de Catalão. E-mail: gabrielaferreiramendes3@gmail.com.

<sup>4</sup> Pós-doutora em Ciências da Saúde pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). Professor Associado da Universidade Federal de Catalão (UFCAT) no Curso de Enfermagem. Professor e Orientador do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedENSO). E-mail: renata\_evangelista@ufg.br.

<sup>5</sup> Graduação em Enfermagem pelo UNICERP (Centro Universitário do Cerrado - Patrocínio-MG). Pós-graduação Lato Sensu em Gestão e Enfermagem do Trabalho, pela Universidade Cândido Mendes-RJ. Enfermeira da Atenção Primária, lotada na Secretaria Municipal de Saúde de Catalão desde 2017. E-mail: silviaqueirozarminda@gmail.com.

<sup>6</sup> Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Mato Grosso e especialização em Sistemas de garantias dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes oferecida pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Mato Grosso. Atualmente é Assistente Social na Atenção Primária, lotada na Secretaria Municipal de Saúde de Catalão - Goiás. E-mail: wanessasersocial@gmail.com.

integral com a proposta de garantir uma visão das necessidades globais do indivíduo, família e comunidade, assim como suscita um novo olhar para a conformação dos saberes e práticas cotidianas. O processo é norteado pela diretriz da universalidade de acesso aos serviços de saúde e amparado na assimilação da postura crítica e reflexiva dos usuários do SUS e dos mediadores do cuidado. Espera-se, portanto, que a interprofissionalidade contribua para a ampliação da resolutividade da Atenção à Saúde, de modo a trazer maior articulação de ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Práticas como essas devem ser encorajadas, na tentativa de contribuir para uma formação com abordagem ampliada à luz da Educação Interprofissional (EIP) e de tornar os fazeres em saúde condicionados ao cuidado adequado às necessidades de saúde da população.

**Palavras- Chave:** PET-Saúde. Interprofissionalidade. Diabetes. Hipertensão.

**ABSTRACT:** The Program of Education through Work for Health (PET-Health) is a strategy that advocates actions for reconstruction of professional training and qualification of health professionals, through the integration of teaching, service and community. In the shadow of this look, this work aims to describe, through an exploratory study with qualitative approach, the relevance of interprofessionality for the care of people with diabetes and hypertension, based on the experiences of participants of the Federal University of Catalão (UFCAT) that were provided by PET-Health. The actions developed strengthen and articulate teaching, research, extension and social participation, ensuring a significant improvement of health services, through the constant exchange of experiences in the environments in which they operate and the consolidation of the possibilities of integral care with the proposal of ensuring a vision of the global needs of the individual, family and community, as well as raising a new look to the conformation of knowledge and daily practices. The process is guided by the guideline of universal access to health services and supported by the assimilation of the critical and reflective posture of SUS users and care mediators. It is expected, therefore, that interprofessionality contributes to the expansion of the resolutiveness of Health Care, in order to bring greater articulation of actions and services in the Health Care Network (SAN). Practices like these should be encouraged, in an attempt to contribute to an expanded approach to Interprofessional Education (IPE) and to make health care conditional to adequate care to the population's health needs.

**Keywords:** PET-Health. Interprofessionality. Diabetes. Hypertension.

## INTRODUÇÃO

A partir das mudanças elaboradas em 2001 pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos superiores da área da saúde e com o propósito de alinhar a formação dos profissionais às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando atividades de prevenção e promoção, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) criaram o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed). O Promed foi lançado em 2002 e seu principal intuito era estimular a adesão a novas formas pedagógicas nos currículos das

faculdades de Medicina, as quais deveriam privilegiar as especificidades do SUS, com ênfase na atenção básica (FRANÇA, 2018).

No ano de 2003, o MS criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), cuja missão era elaborar políticas baseadas na Educação Permanente em Saúde para orientar a gestão, o planejamento e a formação dos trabalhadores. Por intermédio desse setor, há a destinação de verbas e apoio científico a políticas públicas, projetos e programas que possuem o intuito de contribuir para o aprimoramento dos profissionais de saúde atuantes na realidade do SUS. Nesse sentido, em 2005 foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde (Pró-Saúde), o qual substituiu o Promed e englobou a Enfermagem e Odontologia, profissões que também atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) (FRANÇA, 2018). Dois anos depois, o programa foi expandido para abarcar mais cursos superiores pertencentes às ciências da saúde. Por fim, surgiu em 2008 a proposta do PET-Saúde, o qual segue empreendido até os dias atuais.

O PET-Saúde é uma iniciativa conjunta do MS com o MEC. O programa possibilita o lançamento de editais temáticos, os quais visam promover a criação de Grupos Tutoriais para trabalhar em campos estratégicos do SUS, fortalecendo a educação pelo trabalho como ferramenta para iniciar os estudantes nos ambientes práticos e qualificar os profissionais da saúde conforme as especificidades do sistema de saúde, a fim de produzir agentes de mudanças. Dentre os objetivos do PET-Saúde, podemos citar: o incentivo a uma atuação dos profissionais de saúde comprometida socialmente, a promoção de atividades coletivas e interdisciplinares, a potencialização entre o ensino-serviço-comunidade nos cuidados oferecidos aos usuários e a preparação dos trabalhadores de saúde para atuarem nos diversos cenários e realidades presentes no território brasileiro (BRASIL, 2010).

O Programa PET-Saúde está em sua nona edição, tendo como eixo central a Interprofissionalidade, a qual emerge como estratégia que visa integrar práticas de ensino, serviço e comunidade, auxiliando no enfrentamento das demandas e complexidades apresentadas atualmente nos cenários da saúde. A proposta do eixo temático interprofissional faz parte do conjunto de ações que visa a implementação da Educação Interprofissional (EIP) no país e conta com assistência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). A EIP é efetuada por meio de aprendizagens compartilhadas entre duas ou mais profissões, onde os sujeitos aprendem com os outros sobre as especificidades do seu papel e dos colegas, bem como desenvolvem

habilidades e competências a fim de prestar um cuidado em saúde mais resolutivo aos usuários e a comunidade (BATISTA, 2012) (COSTA et al., 2018).

Nesse sentido, a EIP se mostra como uma ferramenta extremamente útil para a melhoria da assistência em saúde, podendo ser aplicada em diferentes cenários e realidades do SUS. Sob esse viés, houve a escrita, aprovação e consequente execução do PET-Interprofissionalidade na cidade de Catalão-GO, sendo o programa composto pelos seguintes Grupos de Trabalho (GTs): 1) Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF): uma experiência piloto para intento de consolidação; 2) Práticas integrativas e complementares, e Educação Popular em Saúde como ferramentas para estruturação de grupos de promoção de saúde; 3) HIPERDIA: Interprofissionalidade no fortalecimento da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; 4) Atenção à Saúde da Mulher e da Criança e Adolescente; 5) Fortalecimento das Redes em Atenção à Saúde: foco na transição do cuidado. No presente trabalho, iremos focar no trabalho da EIP desenvolvido pelo GT 3 (HIPERDIA) na Atenção Básica com pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), com enfoque no Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), os quais dependem de um cuidado contínuo e constituem uma parcela populacional que apresenta necessidades cada vez mais dinâmicas e complexas.

16

Nesse ínterim, a HAS pode ser definida como uma patologia caracterizada pela elevação e sustentação dos níveis de pressão arterial igual ou acima de 140 x 90mmHg, podendo provocar alterações em órgãos-alvo (como rins e coração) e aumentar o risco de acidentes cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). De acordo com os estudos e levantamentos feitos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, a prevalência da HAS no país é superior a 75% em pessoas com idade maior que 70 anos, mais de 50% da população entre 60 e 69 anos apresenta a doença e nos adultos a média é de 32% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Desse modo, percebe-se que a HAS é uma doença de alta prevalência, sendo uma das principais demandas atendidas pelas equipes de saúde da Atenção Primária, a qual precisa desenvolver ações de promoção de saúde, bem como construir estratégias em conjunto com os usuários para lidar com os desafios do diagnóstico, controle e prevenção de complicações (BRASIL, 2013). Diante desse cenário, o MS indica a necessidade de trabalhar mudanças de estilo de vida com os indivíduos e a comunidade, como o cessar do tabagismo, a redução do consumo de sal, a adesão a uma alimentação adequada e o hábito de praticar atividades físicas a fim de promover o controle

mais efetivo da pressão arterial e reduzir as taxas de morbimortalidade. Também é essencial que o paciente faça o acompanhamento contínuo e o uso da medicação.

Em sequência, a DM refere-se a um transtorno metabólico com causas distintas, ocasionado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013). Segundo o Atlas publicado em 2019 pela Federação Internacional de Diabetes (IDF), a América do Sul e Central conta com 32 milhões de pessoas vivendo com diabetes. No Brasil a taxa de pessoas com a doença equivale a 16,5 milhões, o que leva o país ao *ranking* com maior número de pessoas diabéticas na América Latina e o quinto colocado entre os 10 países que mais têm pessoas acometidas pela doença no mundo (FEDERATION, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, o número de pessoas diagnosticadas e vivendo com DM é crescente, o que acarreta a necessidade da elaboração e implementação de políticas públicas eficientes voltadas para a melhoria da qualidade de vida dessa população. Por excelência, a Atenção Básica seria um local para a realização dessas ações, visando o controle glicêmico dos pacientes, o desenvolvimento do autocuidado e a prevenção de complicações agudas e crônicas. De modo similar a HAS, o tratamento do diabetes também inclui mudanças de hábitos de vida, além do monitoramento e controle da glicemia, uso de hipoglicemiantes orais e/ou insulina (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que as ações de prevenção e promoção de saúde podem e devem ser efetuadas por todos os membros da equipe de saúde, pois a complexidade das DCNTs requerem uma assistência interdisciplinar e multiprofissional, assim como o engajamento dos pacientes e seus familiares na elaboração, pactuação e avaliação das metas estabelecidas para cada usuário (BRASIL, 2013). Além disso, inclui-se a assistência interprofissional, visto que é imprescindível um conjunto articulado e contínuo de cuidados preventivos e curativos, tanto em nível individual, quanto coletivo, a fim de promover um efetivo funcionamento da equipe de saúde, uma atenção mais centrada no usuário e um cuidado resolutivo, exigidos para cada caso e dialogados interprofissionalmente. Alinhado a essa proposta, reverbera-se que a educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados (CAIPE, 2002).

É importante considerar, inclusive, que existem situações importantes na mudança do cenário epidemiológico (FRENK, 2010), tais como o aumento das DCNTs, que apontam para outras formas de respostas aos problemas de saúde, a ampliação da população urbana, com aumento da

concentração de pessoas em espaços com condições sanitárias mais precárias, os novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais e a necessidade de racionalização dos custos dos serviços de saúde. Portanto, visando assegurar o aperfeiçoamento da atenção, a interprofissionalidade surge como medida para enfrentamento e resolução dessas demandas, frente o caráter dinâmico e quase sempre complexo do decurso saúde/doença das pessoas com DM e HAS que exigem uma lógica de trabalho capaz de dar respostas hábeis às suas necessidades de saúde.

### Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e de abordagem qualitativa, realizado a partir de análises e reflexões frente à participação no PET-Saúde Interprofissionalidade em Catalão-GO, ainda em execução, e que possui prazo para realização das atividades de 2 anos, com término previsto para março de 2021. Sob a óptica qualitativa busca-se compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto aos valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos, esse delineamento propõe ainda a busca de significados, motivos e atitudes que envolvem a temática, conferindo a possibilidade de compreender processos, fenômenos e relações que não podem ser traduzidos em variáveis (MINAYO, 2002). Além disso, por constituir um estudo exploratório, busca-se aprimorar conceitos já implementados, além de suscitar o debate para outras pesquisas. Dessa forma, a pesquisa exploratória tem a finalidade de desenvolvimento, esclarecimento e modificação de conceitos e idéias, permitindo, assim, a elaboração de questões cada vez mais precisas ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2010).

18

Optou-se pelo desenvolvimento desse tipo de estudo pela natureza do tema de investigação, partindo da percepção de como a interprofissionalidade vem sendo materializada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na importância desse referencial para o cuidado das pessoas com DCNTs, especialmente com DM e/ou HAS. O trabalho interprofissional foi promovido através de intervenções teóricas e práticas, inserindo, nesse sentido, estudantes, professores/tutores, profissionais da RAS/preceptores e usuários do SUS como protagonistas das atividades, a fim de viabilizar a troca e o compartilhamento dos saberes.

Dentre as atividades realizadas, destacam-se: cursos práticos e teóricos para aprimoramento de habilidades; discussão, construção, planejamento de atividades entre os integrantes para executar ações junto a população com base no diagnóstico situacional do território, avaliação de risco cardiovascular e encaminhamentos na rede; acolhimento de pacientes na triagem da Enfermagem,

além de convite para participação das atividades realizadas pelo Hiperdia; Grupos Tutoriais utilizados para discussão de casos semanalmente e elaboração de Projeto Terapêutico Singular; caminhada semanal como forma de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos; participação nas reuniões de Educação em Saúde do Hiperdia na RAS; e colaboração em eventos comemorativos, como a última festa junina realizada pela ADISGO (Associação de Diabéticos do Sudeste Goiano).

Outras ações que merecem ser enfatizadas são as webconferências mensais com a equipe de apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, junto aos demais grupos do país que compõem o PET, visando engajamento dos integrantes de cada segmento e também o alinhamento de ações e propostas; a execução de uma roda de conversa na calourada da UFCAT com o intuito de trazer a educação interprofissional como tema de debate e interação para qualificação da formação universitária e a realização do evento intitulado “INTEGRA SAÚDE - Família, escola e comunidade”, propiciando à participação da população em rodas de conversas, oficina de planejamento familiar, atualização de cartão de vacina, orientação odontológica, coleta de preventivo, avaliação nutricional, práticas integrativas e complementares, jogos, brincadeiras, cortes de cabelo e maquiagem, além de orientações em relação ao Hiperdia e busca ativa de hipertensos e diabéticos com a aferição de pressão e mensuração da glicemia, sendo esta uma ação alinhada aos princípios estruturais do Programa.

19

Ademais, é válido ressaltar que o projeto PET-Saúde abrange participantes das áreas de biomedicina, enfermagem, educação física, farmácia, psicologia, nutrição, medicina, medicina veterinária e serviço social, em que todos atuam ativamente, uma vez que este é um dos requisitos do programa, e dialogam entre si, potencializando o incentivo e o reconhecimento da importância interprofissional para viabilizar a resolutividade das estratégias de saúde da Atenção Primária. Sistematicamente, as ações pensadas e realizadas pelo projeto estão em constante processo avaliativo e reflexivo, permitindo a readequação dos serviços às necessidades da população adscrita.

## Resultados e discussão

O projeto PET-Saúde Interprofissionalidade com foco nos cuidados das pessoas com DM e HAS tem o objetivo de ampliar as estratégias do programa HIPERDIA, trazendo maior resolutividade à Atenção à Saúde das mesmas. Para isso, é preciso lançar mão de recursos além da clínica, e viabilizar meios para que tais pessoas se sintam acolhidas, fazendo parte de um grupo e,

muitas vezes, é preciso que elas reconheçam e aceitem sua condição, visto que, corriqueiramente, há uma resistência quanto a isso. O número de comorbidades causadas por essas condições-base são cada vez mais preocupantes e são enquadradas nas “doenças silenciosas”, por não apresentarem maiores sinais e sintomas até o momento em que as consequências são quase irreversíveis e podem, inclusive, colocar a vida do portador em risco. Porém, quando estas doenças são diagnosticadas precocemente são bastante sensíveis e passíveis de tratamento e cuidado, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações.

De acordo com a Lei n.º 8.080/90, as ações e os serviços públicos de saúde devem seguir princípios que garantam uma atenção baseada na integralidade e que se destina a assegurar às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990). Nesse contexto, a integralidade, relativa à assistência, deve ser entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços não só curativos, como também preventivos, em parâmetros individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Nessa perspectiva, aplicar-se-á ênfase não apenas a saúde, mas toda uma “rede de saúde” que deverá ser bem estruturada de modo a criar possibilidades de mudanças no estilo de vida, nas condições sociais, no comportamento e no ambiente em que vivem e convivem a comunidade.

20

Além do que foi supracitado, a OMS considera que a saúde possui caráter multidimensional, segundo a qual, é determinada por diferentes aspectos culturais e teóricos, dependente também do período histórico e do lugar em que se estabelece tal definição. Paralelamente, o cuidado integralmente ainda encontra inúmeros entraves para se efetivar no contexto brasileiro. Pensando na população com doenças crônicas, essa problemática se torna ainda mais evidente, visto que é preciso um cuidado contínuo e atento. Além disso, o monitoramento dos parâmetros de saúde é um dos principais indicadores, o que inclui também, a percepção que a própria pessoa possui do seu corpo e da sua mente, sendo, portanto, a saúde uma vicissitude de circunstância pessoal e que demanda múltiplas possibilidades de cuidado.

Por outro lado, a exaltação dos “comportamentos saudáveis” é fundamentada na ideia de que as disfunções de saúde são derivadas exclusivamente dos estilos de vida adotados pelo sujeito. Desse modo, ações relacionadas a saneamento, educação, moradia e alterações nas condições subjetivas e de existência do usuário são colocadas em segundo plano no processo saúde-doença. Assim, há uma visão da saúde atrelada apenas a ações individuais, com ênfase na modificação de hábitos do paciente,

deixando de lado o contexto econômico, político e social no qual o usuário está inserido (SANTOS, 2010).

No entanto, é importante destacar que apesar de cada pessoa ser corresponsável pela sua saúde, ela faz parte de um grupo e de uma comunidade e, desse modo, esta deve participar ativamente do processo de construção das ações, assim como ter garantido suas necessidades básicas. Nessa dinâmica, as demandas e necessidades de saúde do usuário devem ser percebidas e validadas, já que ele assume um papel participativo dentro desse contexto na RAS. Essa forma de incluir a pessoa no centro da atenção permite que este seja protagonista do processo, obtendo respostas satisfatórias nos serviços de atenção à saúde. Assim, é necessário informações fornecidas pelo usuário e que ele reconheça seu protagonismo na tomada de decisões que melhorem sua qualidade de vida e saúde (GONÇALVES, 1994). Partindo dessa lógica, é preciso ratificar a exigência de uma nova forma de trabalho em saúde, mais integrada e marcada por uma efetiva comunicação (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Segundo o MS, os dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mostram que, em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido à Hipertensão ou a causas atribuíveis a ela, revelando uma realidade preocupante: diariamente 388,7 pessoas se tornam vítimas fatais da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora (CASTILHO, 2019). A doença é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca. Todavia, a prevenção em diversos níveis é uma estratégia preconizada para evitar essas patologias e demais agravos decorrentes da HAS e DM.

Ademais, foram registrados 4,2 milhões de mortes por diabetes no mundo em 2019, sendo metade protocolado no Brasil e 44,9% do subtotal acometendo pessoas com menos de 60 anos. Os gastos decorrentes dessa doença em escala mundial totalizam mais de 29 bilhões de reais, com progressão de aumento para 30% até 2045. No que tange a relação de gastos do Brasil, o país está em 6º lugar com mais gastos com a doença, entretanto, não se enquadra na lista das nações com maior investimento médio individual para pessoas diabéticas (FEDERATION, 2017).

Essas doenças e o seu manejo estão relacionados a vários fatores, sendo que alguns são passíveis de modificação, como a possibilidade de promover uma reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos. Ações como essas podem auxiliar no aumento da qualidade de vida e consequentemente evitar o grande número de mortes decorrentes dessas condições. Pensando nisso, é importante investir na prevenção não só para possibilitar um bem-estar adequado ao perfil desses

pacientes como também evitar hospitalizações e consequentes gastos. Levando isso em consideração, a Atenção Básica é o local que permite uma monitorização mais apropriada ao paciente crônico, porém, na prática, as medidas de saúde ainda não se efetivaram e são difíceis de serem implementadas, seja por uma estrutura inadequada, falta de recursos ou pelo reduzido número de equipes de saúde equivalentes ao contingente populacional.

As propostas de ações do PET-Saúde, alinhadas à aplicação da interprofissionalidade, têm o potencial de abarcar as demandas de saúde do usuário de maneira integral, além de propiciar a execução das estratégias já existentes. Nos primeiros dois meses de implementação do PET houve a ministração de cursos, o planejamento de ações para os próximos meses, além do início das caminhadas semanais em grupo em maio de 2019. Nessa fase, o GT elaborou intervenções de modo a promover melhorias na qualidade de vida dos usuários, tendo como referência os dados de saúde relatados por profissionais inseridos na RAS e também as experiências anteriores dos participantes, tendo em vista que as ações devem ser orientadas pelas necessidades da população e os objetivos norteadores das atividades definidos *a posteriori*, construído com a comunidade. (FREITAS, 1998) Além disso, houve uma reunião com uma representante da coordenação do Programa Hiperdia implantado no município, visando um direcionamento efetivo em relação à execução das ações na cidade e à análise de demandas e obstáculos enfrentados, e com a proposta principal de inserir o trabalho interprofissional de maneira sensível e, ao mesmo tempo incisiva no cuidado às pessoas do Hiperdia.

Nas reuniões de Educação em Saúde desenvolvidas na UBS, os integrantes trocam relatos de experiências e discutem sob a ótica da dinâmica em grupo, o que oportuniza também o direcionamento e a avaliação do processo de trabalho realizado. Durante a realização dos cursos práticos e teóricos pelo GT, os segmentos se dividiram em grupos e os materiais foram desenvolvidos pelos integrantes conjuntamente, com o intuito de propiciar uma troca dialógica e de garantir que a interprofissionalidade fosse, progressivamente, praticada. No decorrer das atividades foram produzidos banners e *folders* para distribuição nos locais de prática do Programa, permitindo a validação das ações junto à comunidade, além de criar contas em redes sociais para divulgação das práticas em saúde desenvolvidas, visando manter uma relação bilateral e concordante entre os atores sociais.

Outra ação efetuada foi a participação dos discentes, tutores, preceptores e coordenadores na triagem de enfermagem da UBS para identificação da demanda dos usuários, orientações e, também,

para fazer o convite para participação do nosso grupo de caminhada e do programa HIPERDIA da unidade no caso de diabéticos e hipertensos. O acompanhamento da triagem propiciou o entendimento e a reflexão dos motivos que fazem a população procurar o serviço de saúde e também a divulgação das ações promovidas na unidade pela equipe de saúde e pelo Pet-Saúde Interprofissionalidade – Grupo 03: Hiperdia, provocando um aumento da adesão dos usuários as mesmas. Outrossim, essa ação permitiu que diferentes profissionais e estudantes, das diversas áreas como psicologia, medicina, educação física, tivessem uma experiência não habitual a sua prática e, ao mesmo tempo pudessem reconstruir seu campo de atuação ao se colocar no lugar do outro e entender os papéis e desafios desempenhados, possibilitando a vivência e a reflexão das diversas formas do fazer.

Em relação às caminhadas semanais, elas são efetuadas todas as sextas-feiras, com duração aproximada de uma hora e meia. O ponto de encontro dos participantes é na UBS, onde são feitos alongamentos e posteriormente a saída para a atividade. A caminhada é uma ferramenta de promoção de saúde e uma forma de intervenção para combater os efeitos das DCNTs. Essa ação propicia aos participantes, além de uma atividade física, uma alternativa para criação e aumento das redes de interação social, fortalecer vínculos e receber orientações dos estudantes e profissionais de saúde. Vale ressaltar que essa ação tem uma função disparadora, cuja intenção é chamar a atenção da comunidade para a importância da prática de atividades físicas regulares e os benefícios que elas trazem, assim como estimular o autocuidado e a participação social.

A interação e efetiva comunicação entre os profissionais decorre de iniciativas de aprendizagem compartilhadas. Porém, durante a implementação da interprofissionalidade objetivando aprimorar o cuidado das pessoas com DM e HAS, foi notório, inúmeros desafios que tanto a rede quanto o meio acadêmico apresentam para ocorrer a execução das propostas. Em um primeiro momento, houve dificuldades para a compreensão conceitual da interprofissionalidade e sua aplicação. Como exemplos, podemos citar a diferenciação entre multiprofissionalidade e interprofissionalidade; confusões para compreender as competências comuns, específicas e colaborativas dos profissionais; e poucos materiais em português que abordassem a temática da interprofissionalidade. A partir do curso “Educação Interprofissional em Saúde” ofertado pelo AVASUS, debates nas reuniões semanais do grupo e conversas com a assessoria do programa PET-Saúde conseguimos aprimorar nossos conhecimentos e ações em relação a esse referencial teórico.

Outro aspecto importante a ser considerado é a fragmentação no processo de formação nas áreas da saúde, os profissionais geralmente possuem uma formação desvinculada dos outros saberes e área, e ao se depararem com o serviço e a complexidade da rede encontram muita dificuldade ou não são capazes de atuar sob ótica colaborativa e interprofissional. Nesse sentido, são gerados muitos problemas na comunicação, conflitos relacionados a hierarquias no serviço, repetição de procedimentos na atenção ao usuário, não valorização de outras competências da saúde, dentre outros. A partir do que é preconizado pelo PET, os integrantes têm a possibilidade de aprender com outros profissionais e desenvolver competências colaborativas, fortalecendo o trabalho em equipe e promovendo a melhor garantia de cuidado integral.

Uma variável constante foi o choque de horários entre os participantes para o desenvolvimento de ações. Como a maioria dos cursos de graduação da área da saúde em Catalão são integrais, os alunos e professores/tutores possuem poucas janelas para o desenvolvimento de ações de pesquisa e extensão. De modo similar, os preceptores também possuem horários restritos porque desempenham suas atividades de trabalho na rede durante o horário comercial. Assim, nossa estratégia consiste em marcar reuniões no final da tarde e outras atividades no período das 07:00 da manhã, pois são horários em que todos costumam estar livres. Outro ponto que precisa ser levantado é o receio de ocorrer uma quebra da continuidade das ações e serviços quando acabarem os dois anos previstos para a execução do PET-Saúde Interprofissionalidade, assim, há uma tensão sobre como as atividades e o vínculo estabelecido com usuários e comunidade serão mantidos.

24

Após o advento da pandemia de COVID-19 em março de 2020, frente ao avanço da transmissão do vírus e às medidas preconizadas de distanciamento social, as atividades presenciais foram suspensas, e para além de ações conjuntas com os demais grupos do PET-Saúde, foram produzidos almanaques, baseados na literatura científica, explanando assuntos relacionados aos cuidados das pessoas com DM e HAS e aos conceitos de saúde em meio à pandemia, sendo esta uma forma de manter o engajamento com a população. Assim, sua distribuição foi feita em um primeiro momento digitalmente. Esse recurso propiciou a união entre a informação e o lúdico, na busca de assegurar o acesso a orientações confiáveis e com uma linguagem de fácil entendimento.

Atualmente, o grupo do PET-Saúde está fazendo encontros em plataformas *on-line* para discutir um possível retorno de atividades, com o intuito de manter o vínculo com os integrantes do Programa Hiperdia. Porém, é necessário considerar a segurança dos participantes e as devidas precauções estabelecidas neste novo cenário de pandemia. O planejamento das ações presume que as

relações estabelecidas sejam sustentadas e, principalmente, legitimadas, mesmo diante da conjuntura sem precedentes que perpassa no país. O enfrentamento desses desafios exige um grande esforço no sentido de ofertar serviços de saúde coerentes com as demandas socioculturais atuais, assegurando boa resposta e fortalecendo a ideia de saúde como um constante elo entre os atores.

Pensando nisso, foi elaborada a distribuição de *kits* para os integrantes da caminhada, mantendo todos os requisitos de cuidado exigidos. Cada *kit* continha o almanaque produzido pelo grupo, um cartão com mensagens de apoio e com fotos das atividades desenvolvidas anteriormente e um caderno com sugestões de atividades físicas a serem realizadas em casa, sendo estes materiais produzidos pelo próprio grupo, além de mobilizar na cidade a doação de máscaras e álcool em gel para compor o kit. A estratégia é manter-se em contato e trazer essas pessoas para mais perto de nós (de forma não presencial), visto que antes da pandemia, semanalmente elas estavam sendo assistidas e ouvidas pelo grupo, mas que nessa situação demandam medidas excepcionais por serem de grupos de risco. Foi cogitado também uma comunicação mais direta pelo aplicativo *Whatsapp*, mas poucos pacientes possuem essa ferramenta e, por isso, ainda está sendo pensado uma estratégia mais factível nesse sentido.

Assim, é indispensável ampliar a visão de cuidado nos ambientes de trabalho, sobretudo quando aplicado ao paciente crônico. A divisão do trabalho em saúde pode expandir as lacunas existentes no processo de comunicação do usuário com a RAS e com os profissionais. Isso afeta a efetividade do processo de trabalho e fragmenta os esforços impelidos pelo sistema de saúde. Nesse contexto, frente à efetivação das estratégias o usuário é o principal beneficiado, pois o cuidado torna-se harmonioso, com seguimento e, possivelmente, compartilhado. Esse panorama legitima as especificidades profissionais, o compartilhamento de saberes e as competências colaborativas. Nesse ínterim, barreiras da fragmentação do cuidado são rompidas e as relações interprofissionais e com usuários alcançam um cuidado satisfatório e eficiente, além de aumentar a resolutividade dos serviços de Atenção à Saúde.

## Conclusão

Conclui-se, portanto, que há uma fragmentação no fluxo de assistência à saúde que se repete em vários serviços, em que apesar de possuir um objetivo comum para todos os profissionais - o atendimento às necessidades de saúde dos usuários - a execução do processo de trabalho nos ambientes de prática não se articulam, segmentando um cuidado que deveria ser ímpar e

interconectado. Impreterivelmente, a divisão do trabalho faz parte do modelo de gestão atual, marcada pelas especificidades de cada profissão, porém isso não indica que deva existir uma desagregação nas ações. Conseqüentemente, esse cenário aponta para a necessidade de integração das intervenções de saúde, pensando que as práticas profissionais se complementam (BARR, 1998).

Assim, os cuidados demandados pelos pacientes com DM e HAS se potencializam quando a interprofissionalidade é praticada, garantindo que a assistência seja integral e diminuindo os conflitos existentes entre os diversos segmentos profissionais que afetam diretamente a atenção à saúde. Desse modo, o PET-Saúde aparece como uma ferramenta para impulsionar mudanças, investindo no desenvolvimento de competências para a melhora do cuidado ao mesmo tempo em que enfatiza a autonomia dos usuários.

Portanto, entende-se que o PET-Saúde Interprofissionalidade é um promotor de mudanças estruturais nos âmbitos do ensino, serviço e comunidade. Na conjuntura institucional, a forma de ensinar, bem como a de aprender devem ser replanejadas, colocando a interprofissionalidade em foco, com a criação de espaços de reflexão e de trabalho coletivo, para preparar os discentes para atuar e atender as reais necessidades do sistema de saúde. Além disso, é necessário que haja o aprimoramento e capacitação dos docentes à luz da EIP para fomentar o desenvolvimento dessas competências. Em relação aos serviços e à comunidade, espera-se que o PET seja um disparador de práticas colaborativas, e que as equipes de saúde somem e complementem os diversos saberes para lidar com as condições de saúde para além da dimensão biológica, mas social e centrada no sujeito, potencializando, portanto, a atenção efetivamente, integral, participativa e dialógica.

Vale ressaltar que por mais que tenhamos bons resultados até o momento, esses não devem ser generalizados devido à pequena amostragem de pacientes atendidos e por expressarem a realidade de saúde de um território específico. Contudo, é importante relatar a experiência dos nossos projetos pilotos para que estes fomentem pesquisas na área, sirvam como exemplo da potência do emprego da interprofissionalidade e possam inspirar outros profissionais a adotarem essa metodologia. À vista disso, almeja-se que tais práticas em saúde sejam multiplicadas e perpetuadas no SUS como referência, e assim o cuidado das pessoas com DM e HAS possa realmente ser efetivado.

### Referências

AGRELI, Heloise Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Cuidado centrado no paciente na prática colaborativa interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, dezembro de 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso)

32832016000400905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de setembro de 2020.

BARR, Hugh. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.

BATISTA, Nildo Alves. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, janeiro 2012. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)>. Acesso em: 18 de abril de 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

27

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 421**, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de março de 2010. Seção 1, p. 52-53. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prio421\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prio421_03_03_2010.html)>. Acesso em: 22 de Abril de 2020.

CAIPE. **Centre for the Advancement of Interprofessional Education**. United Kingdom: Center for The Advancement of Interprofessional Education - CAIPE, 2002.

CASTILHO, Ingrid. **Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população segundo a pesquisa Vigil.** Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/noticias/no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao». Acesso em: 17 de maio de 2020.

COSTA, Marcelo Viana da et. Al. **Educação interprofissional em saúde**. SEDIS-UFRN, Natal, 2018, 85 p. Disponível em: <[https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/eip\\_bra\\_dic18\\_po.pdf](https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/eip_bra_dic18_po.pdf)>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

FEDERATION. International Diabetes. **IDF Diabetes Atlas**. Disponível em: <[https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF\\_Atlas\\_9th\\_Edition\\_2019.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf)>. Acesso em: 12 de julho de 2020.

FEDERATION. International Diabetes. **IDF Diabetes Atlas**. Disponível em: <<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>>. Acesso em: 12 de julho de 2020.

FRANÇA, Tania et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 286-301, outubro de 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So10311042018000600286&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So10311042018000600286&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

FREITAS, Maria de Fatima Quintal de. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 175-189, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So102-79721998000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-79721998000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de Julho de 2020.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTOS, Keli Lopes; QUINTANILHA, Bruna Ceruti; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 12, n.1, p. 181-196, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872010000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100015)>. Acesso em: 31 de janeiro de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_ERRATA.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf)>. Acesso em: 07 de julho de 2020.