

Renata Campos

PROJETO 149



AS EXPERIÊNCIAS DO **PET-SAÚDE** INTERPROFISSIONALIDADE

ORGANIZAÇÃO

Renata Campos

**PROJETO 149 – AS EXPERIÊNCIAS DO PET SAÚDE
INTERPROFISSIONALIDADE**



2021

**PROJETO 149 : AS EXPERIÊNCIAS DO PET SAÚDE
INTERPROFISSIONALIDADE**

ORGANIZAÇÃO

Renata Campos

EDITORAÇÃO

Elisete Ana Barp

Gabriel Bonetto Bampi

Gabriela Bueno

Janice Becker

Josiane Liebl Miranda

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade do Contestado

610
P964

Projeto 149 : as experiências do Pet Saúde
interprofissionalidade : [recurso eletrônico] / organização
Renata Campos. – Mafra, SC : Ed. da UnC, 2021.

57 f.
Inclui bibliografias.

ISBN: 978-65-88712-11-5

1. Saúde – Pesquisa. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde do
trabalhador. I. Campos, Renata (Org.). II. Título.



UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – UnC

SOLANGE SALETE SPRANDEL DA SILVA

Reitora

LUCIANO BENDLIN

Vice-Reitor

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – FUnC

ISMAEL CARVALHO

Presidente

ORGANIZAÇÃO

Renata Campos

EDITORAÇÃO

Elisete Ana Barp

Gabriel Bonetto Bampi

Gabriela Bueno

Janice Becker

Josiane Liebl Miranda



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	6
CAPÍTULO 2 – A INTERPROFISSIONALIDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	12
CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS INDUTORAS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR.....	20
CAPÍTULO 4 – SAÚDE DO TRABALHADOR, HIPERDIA E VISITAS DOMICILIARES.....	29
CAPÍTULO 5 – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS).....	37
CAPÍTULO 6 – VIVÊNCIAS NA REDE DE ATENÇÃO.....	44
CAPÍTULO 7 – SIMULAÇÃO REALÍSTICA PET-SAÚDE.....	50

APRESENTAÇÃO

Renata Campos¹

Esta obra é fruto de um árduo trabalho de dois anos de um projeto conhecido como Pet Saúde Interprofissionalidade, um projeto financiado pelo Ministério da Saúde. A Universidade do Contestado e as secretarias de saúde dos municípios de Mafra, Papanduva e Rio Negrinho, se uniram para diminuir a distância entre o ensino e a saúde. Entender que esta ponte é necessária, é um passo para a otimização dos recursos humanos para o SUS e a formação acadêmica diferenciada dos alunos das instituições de ensino superior.

Este livro aborda 07 capítulos: 1) Políticas Públicas de Saúde; 2) A interprofissionalidade nos serviços de saúde; 3) As Políticas Indutoras nas Instituições de ensino superior; a partir do 4 capítulo até o 7º temos o relato de nossas experiências do projeto pela visão e descrição nossos alunos bolsistas e voluntários, proporcionando uma leitura que evidencia as práticas iniciais deste projeto. As práticas descritas do capítulo 4 ao 7º foram escolhidas entre várias ações, pois representaram o início do nosso projeto, em que trabalhamos com pontos que consideramos ser os mais ricos para o aprendizado da equipe no que tange a possibilidade de troca de informações, conhecimentos e experiência entre academia de ensino e serviços de saúde.

Foram dois anos de muito conhecimento e troca de saberes com diversos profissionais da saúde. O projeto foi pautado em atividades a campo no sistema de saúde e universidade, projetos de extensão, projetos de pesquisa e simulações realísticas, podcasts, dentre outros. O projeto teve início a partir de abril de 2019 com todas as atividades presenciais, contudo, a partir de março de 2020 nos deparamos com a pandemia do Corona vírus e apesar das atividades remotas do grupo, a sagacidade do projeto se manteve viva e acesa em todos os que lutam por um aprendizado fortalecido e um SUS que chamamos de “escola da saúde”. Em março de 2021 estamos finalizando o projeto que certamente deixará seu legado a todos que vivenciaram estes dois anos no Pet Saúde, o nosso projeto 149!

¹ Docente e Pesquisadora da Universidade do Contestado. E-mail: renatacs@unc.br

CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Miriam José Valério²
Renata Campos³

As políticas públicas (PP) podem ser originárias de problemas sociais públicos e a sua resolução é dependente de vários atores e fatores. A saúde ganha destaque pela acentuada politização e forte presença de grupos estratégicos envolvidos em diversos setores que buscam discutir as realidades/problemas vivenciados pela população. A PP pode ser definida como um conjunto de planejamento e estratégias que traduzem a orientação política do estado e que regulam as atividades governamentais de cunho público, ainda, as PP em saúde orientam para a melhoria das condições de saúde da população, do aspecto social e ambiental, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCHESE, 2004).

As ações de planejamento de forma geral derivam de um problema. De maneira intuitiva, todos sabemos o conceito de problema, entretanto, este mesmo conceito pode assumir diferentes formas a depender de quem analisa, assim, um problema nunca é óbvio e sim relativo. De forma geral, o problema pode ser definido como uma desconformidade com que um ator social determinado entende como o que deve ser, reconhecida como superável ou evitável, e declara-se disposto a enfrentá-la, da mesma forma que uma PP (CARDOSO JUNIOR; CUNHA, 2015).

A instituição das PPs tem um longo histórico. A saúde foi redefinida pela Constituição Federal Brasileira em 1988, como sendo dever do estado e um direito de todo o cidadão. O estado tem a obrigação de reduzir o risco de doença e de outros agravos mediante a construção de políticas sociais e econômicas e de uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1988).

A PP tem relação direta com a lei orgânica (8080/90) que proporcionou um avanço na ampliação de saúde e considerou os determinantes e condicionantes da

²Mestranda. Graduada em Farmácia. Docente e Pesquisadora NUPESC da Universidade do Contestado, campus Mafra. E-mail: miriamc@unc.br

³Doutora. Graduada em Fisioterapia. Docente e Pesquisadora NUPESC da Universidade do Contestado, campus Mafra. E-mail: renatacs@unc.br

saúde, sendo alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Assim, as PPs permitem a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de políticas de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, e estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação e a assistência às pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas para cumprirem os preceitos constitucionais (LUCCHESI, 2004). A igualdade no serviço de saúde reflete uma oportunidade para utilizar os recursos financeiros e direcionar as políticas públicas para a otimização do potencial máximo de saúde para todos (BRAVEMAN, 2014).

Importante ressaltar que além da lei 8080/90, houve a criação também da lei 8.142/90 que é muito relevante para a saúde e para a história das políticas públicas, pois trata do envolvimento da comunidade nas deliberações vinculadas à saúde com a criação dos conselhos de saúde em cada esfera governamental, sendo instâncias orientadoras e deliberativas relacionadas às demandas da saúde (BRASIL, 1990). A partir disso, foram estabelecidas as conferências de saúde, realizadas a cada quadriênio, que tem por função definir as diretrizes para a formulação da política de saúde, envolvendo vários segmentos sociais (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

A participação social vai de encontro ao tipo de política pluricêntrica com a participação de organizações privadas, organizações não governamentais, redes de políticas públicas, juntamente com os atores estatais no estabelecimento das políticas públicas. São políticas que consideram interpretações policêntricas da ciência, da política e da economia. Estas PPs são elaboradas pelo Estado, entretanto, as iniciativas e decisões podem ter diversas origens, sendo que estado e sociedade se articulam de forma espontânea e horizontal para a solução de problemas públicos. No contraponto, as PPs estadistas vinculam-se à superioridade do Estado em fazer leis. É elaborada ou decidida por autoridade formal legalmente constituída no âmbito de sua competência com a tradição intervencionista do Estado brasileiro.

Pelo avanço histórico das políticas públicas fica claro a necessidade de novos saberes e práticas de atenção à saúde, sendo necessário um ciclo de atualização constante, impondo desafios às instituições no processo de formação dos profissionais, na perspectiva do SUS. Neste prisma, o governo brasileiro tem incentivado por meio de programas de qualificação a articulação de duas áreas a Saúde e a Educação, cuja interlocução e complementaridade são fundamentais para garantir a formação da força de trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS) e políticas públicas no Brasil (BATISTA *et al.*, 2015).

A elaboração de uma PP não é rápida e nem simples, deve expressar conflitos e interesses e deve sofrer reformulações constantes, a cada etapa da política, exige novas negociações. Assim, as fases de elaboração de uma política pública são: 1. Surgimento de um problema que inquieta a sociedade ou o governo; 2. Inclusão da questão na agenda de governo para resolução; 3. Formulação da política em questão; 4. Implementação da política; 5. Seguimento, avaliação e correção de rumos e avaliação da eficácia.

A consideração para uma política pública deve considerar a equidade vertical em que maior atenção à saúde deve ser dada aos indivíduos com maiores necessidades, bem como a horizontal com o uso da atenção à saúde de forma igualitária. As iniquidades em saúde podem influenciar diretamente os resultados de uma política pública. Fatores como sistema de transporte, exposição a poluentes, disponibilidade de recursos humanos em saúde podem afetar a saúde e suas políticas (SHELLEY WHITE-MEANS; GASKIN; OSMAN, 2019).

Promover a saúde da população e reduzir as iniquidades em saúde como metas das PPs são questões desafiadoras para nosso tempo, devendo ser de responsabilidade ética e moral dos líderes atuantes na saúde pública defendendo explicitamente políticas que minimizem as desigualdades em saúde (LITTLEJOHNS; SMITH; TOWNEND, 2019).

Diversos motivos podem impulsionar o estudo em Políticas Públicas, das quais cita-se as científicas, as profissionais e as políticas. A Científica vincula-se às instituições de ensino superior, grupos de pesquisas, entidades acadêmicas, já as profissionais podem derivar de sindicatos, corporações, indústrias e as políticas derivam de lideranças comunitárias, políticas, ONGs (TUDE, 2015). Isto demonstra uma participação pluricêntrica no estudo das PPs. Interessante que uma política

pública pode ter duas variáveis explicativas no campo científico: uma dependente em que remete às forças sociais e como as características do sistema político podem influenciar em seu conteúdo e uma independente que refere-se aos impactos das políticas públicas sobre a sociedade e o próprio sistema político (TUDE, 2015).

Alguns parâmetros de avaliação em relação à sustentabilidade e eficiência das políticas públicas se tornaram referência tanto para monitorar quanto para promover mudanças que se façam necessárias no sistema e nas políticas. Estes parâmetros centram-se na sustentabilidade e eficiência financeira; equidade no acesso e qualidade dos cuidados e estado de saúde da população. De forma breve, citamos que a sustentabilidade do sistema deve ser garantida, entretanto, no caso da saúde se constitui um problema em decorrência das políticas sociais e menor crescimento econômico. No quesito universalidade e equidade, tem-se a última como objetivo fundamental visando a igualdade independente de qualquer situação. A qualidade dos cuidados e o estado de saúde é de fato importante para as mudanças políticas na saúde gerando indicadores importantes para a avaliação das políticas e do sistema de saúde. Desta forma, estes três itens citados formam um tripé e são interdependentes, é uma combinação de fatores que garante a legitimidade política e social (SILVA, 2012).

Um dos problemas enfrentado na maioria dos sistemas de saúde é que permanecem muito focados na doença e muito pouco é feito para otimizar a saúde evitando a carga de doença global, especialmente em grupos vulneráveis e parte desta insuficiência para melhorar as condições de base na saúde vinculam-se a alocação insuficiente de recursos com prioridade na equidade e insuficiente atenção para os determinantes de saúde (WHITE, 2015). Estas falhas nas políticas públicas e na gestão de saúde resultam em indicadores de saúde abaixo do nível ideal da população e podem estar associados a ineficiência de recursos humanos associadas a deficiências na educação profissional. Desta forma, é prioritário que o ensino superior seja um elemento estratégico para melhorar a saúde da população.

O termo política de saúde deve ir além deste conceito, é necessário abraçar um domínio muito maior como “política pública saudável” com a finalidade de estimular políticas de promoção de saúde em todo o mundo. Tem-se ciência que não é um termo muito familiar, entretanto, é um termo que deve estar na agenda de todos os governos. Ter políticas públicas saudáveis significa ter políticas de

transporte, ambientais, políticas de alimentação e nutrição, políticas educacionais adequadas às necessidades populacionais (WHITE, 2015).

Finalizamos com o pensamento que a saúde pública e suas políticas são mais importantes hoje do que antigamente e é uma área que associa vários conhecimentos e saberes como das ciências básicas e aplicadas, com traços fortes na epidemiologia. Entretanto, a política pública isoladamente não pode oferecer saúde no sentido de garantir o bem-estar se os determinantes sociais não forem levados em conta.

REFERÊNCIAS

BATISTA, S.H.S.S.; JANSEN, B.; ASSIS, E.Q.; SENNA, M.I.B.; CURY, G.C. Education in Health: reflections from the Pro-Health and PET-Health Programs. **Interface (Botucatu)**. v. 19, Supl, p. 743-52, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República, 1990.

BRAVEMAN, P. What is health equity: And how does a life-course approach take us further toward it? **Matern. Child Health J.**, v. 18, p. 366-372, 2014.

CARDOSO JÚNIOR, J. C; CUNHA, AS. **Planejamento e avaliação de políticas públicas**. Brasília : Ipea, 2015.

LITTLEJOHNS, L. B.; SMITH, N.; TOWNEND, L. Why public health matters today more than ever: the convergence of health and social policy. **Canadian Journal of Public Health**, v. 110, p. 275-278, 2019.

LUCHESE, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p.13-19, 2006.

SHELLEY WHITE-MEANS, S.; GASKIN, D.J.; OSMANI, A.R. Intervention and Public Policy Pathways to Achieve Health Care Equity. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, p. 2465, 2019. doi: 10.3390/ijerph16142465.

SILVA, M. V. Políticas públicas de saúde. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 69, p. 121-128, 2012. DOI: 10.7458/SPP201269790.

TUDE, JM. **Gestão de políticas públicas**. 1 ed, Curitiba: IESDE, 2015.

WHITE, F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. **Med Princ Pract**, v. 24, p. 103–116, 2015.

CAPÍTULO 2 – A INTERPROFISSIONALIDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Susanne Stritzinger de Cassias⁴
Hellen Nataly Correia Lagos Guimarães⁵

O Brasil é um país populoso, extenso, economicamente relevante, entretanto extremamente desigual. As discrepâncias socioeconômicas não foram superadas mesmo com modernização capitalista que ocorreu entre 1930 e 1980 permanecendo ainda as raízes no passado colonial, em geral dominada por regime autoritário, e escassa redistribuição social. A política de saúde desse período foi marcada por trajetória dupla de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle coletivo de doenças; e de outro pela assistência médica previdenciária, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano. O destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado, exclusão de parcela expressiva da população e pouca efetividade do modelo de atenção são características do sistema de saúde até o início dos anos 1980 (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil, é resultado de um momento político articulado através do Movimento pela Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 através da luta popular pela democracia e pelo direito à saúde. Essa luta aglutinou diversos setores da sociedade, que culminou na aprovação das diretrizes e dos princípios do SUS: descentralização, universalização do acesso com equidade, integralidade da atenção, regionalização, unificação institucional do sistema, hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade. Essas diretrizes foram incorporadas no texto da Constituição de 1988 (MS, 2009).

Os sistemas de saúde de outros países, em sua maioria têm como foco principal a doença, devido a ineficiência em distribuir os recursos de acordo com as necessidades prioritárias para promover a equidade, desconsiderando a promoção a saúde e todo trabalho que envolve educação em saúde na atenção primária (WHITE, 2015).

Neste sentido o sistema de saúde brasileiro é reconhecido no contexto nacional e internacional como importante subsídio para reforma de outros sistemas

⁴Farmacêutica. Secretaria Municipal de Saúde de Mafra. susanne.cassias@gmail.com

⁵Fonoaudióloga. Secretaria Municipal de Saúde de Mafra. hellennataly@gmail.com

de saúde que respondam de forma pertinente, tanto no âmbito tecnológico como ético, para contribuir com as necessidades de saúde das populações. Estudo do impacto da Estratégia de Saúde da Família - ESF mostra o sucesso da abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que requer atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde para além do profissional médico: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal e os outros profissionais da área da saúde inseridos nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) daí o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais (PEDUZZI, 2016).

No que diz respeito a esta reformulação de atenção à saúde e a centralização do cuidado no paciente, a Organização Mundial da Saúde destaca a importância da preparação dos profissionais para o trabalho interprofissional (SINGH, *et al.*, 2019).

A Estratégia Saúde da Família tem como preceito a interprofissionalidade, entretanto ainda definida pela lógica de delimitação de atribuições de cada categoria, com atendimentos e procedimentos contraditórios, uma vez que a mesma é entendida como a condensação e integração de saberes interprofissional (ELLERY, 2014).

Com vistas a qualificar a formação do profissional da saúde com enfoque interprofissional, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o mesmo objetiva além de tudo, a integração ensino-serviço-comunidade, fortalecendo a Atenção Primária em Saúde e contribuindo com a execução das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) das graduações em saúde (FARIAS-SANTOS; NORO, 2017).

O objetivo central deste capítulo é abordar as políticas indutoras em saúde e a interprofissionalidade na integração ensino-serviço.

As mudanças no quadro epidemiológico são consideradas um grande desafio ao Sistema Único de Saúde, direcionando cada vez mais o modelo multiprofissional para o interprofissional, com vistas à melhora na qualidade do cuidado, pois a atuação interprofissional pode trazer muitos benefícios na saúde da população, com atendimento qualificado com custo reduzido (ULRICH, *et al.*, 2019).

O trabalho dentro do Sistema Único de Saúde - SUS possui uma visão de trabalho multiprofissional, entretanto o cuidado ainda é caracterizado predominantemente pela prática biomédica, com uma atuação profissional isolada, impedindo o progresso da educação interprofissional - EIP (SILVA, 2015). Isso torna a formação e a capacitação dos profissionais de saúde um desafio, pois é necessário direcionar esforços nas construções e reconstruções dos processos de educação em saúde no campo da educação na saúde, além disso, entender que para sua consolidação é necessário promover e fortalecer Educação Permanente em Saúde - EPS, bem como os desenhos educacionais construídos com e para o coletivo de atores do SUS (FRANÇA; MAGNAGO, 2019).

Reeves *et al.* (2017), em uma revisão sistemática, a qual teve como objetivo avaliar o impacto das intervenções baseadas na prática projetadas para melhorar a colaboração interprofissional entre os profissionais de saúde e de assistência social, em comparação com o cuidado usual ou a uma intervenção alternativa, concluíram que as evidências encontradas foram consideradas baixa a muito baixa, não sendo possível concluir sobre os efeitos das intervenções, há de se considerar ainda as dificuldades que os profissionais de saúde encontram ao colaborar na prática clínica, sendo então estimulado afinal é uma área que está se desenvolvendo cada vez mais. Além disso, os autores recomendam que tais estudos se concentrem em períodos de aclimatação mais longos antes de avaliar as intervenções implementadas e usar um acompanhamento mais longo para gerar uma compreensão mais informada dos efeitos do na prática clínica (REEVES *et al.*, 2017).

No que diz respeito a formação do profissional da saúde dentre as limitações e desafios pode-se elencar a figura do docente, que necessita de qualificação, como experiências prévias, flexibilidade e criatividade para trabalhar vivências, além deste fator há de se considerar também o apoio da instituição, que pouco valoriza a prática interprofissional e desconhece seus benefícios (HADDAD *et al.*, 2012).

Historicamente tem-se a discordância das grades curriculares dos cursos associado à desarticulação entre ensino-serviço. Com isso, a Educação interprofissional demanda modificação na formação acadêmica e no modelo de atuação dos profissionais de saúde com olhar na integralidade e colaborativa focando a prática no usuário (SILVA, 2015).

Neste sentido a Portaria nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, Portaria GM/MS nº 421 e nº 422, de 03 de março de 2010, que Instituem o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde, visam oportunizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, promovendo aproximação entre ensino e serviço, além da pesquisa, extensão e a participação social. Destinado aos preceptores, estudantes e docentes de curso de graduação da área da saúde, os projetos são uma construção conjunta entre instituições de ensino, as secretarias de saúde estaduais e municipais, sendo que o último em 2018 o edital trouxe a proposta com foco na Educação Interprofissional - EIP.

Visando o cuidado mais efetivo, integral, resolutivo, reduzindo os custos e os erros, e ampliando a segurança do paciente, a EIP tem sido evidenciada nacional e internacionalmente, direcionando uma reorganização dos serviços de saúde, bem como a reflexão e o planejamento sobre os fatores interferentes no processo saúde-doença (HADDAD *et al.*, 2012).

Dentro desta perspectiva há de se considerar toda a organização necessária para dar suporte nas atividades interprofissionais (ELLERY, 2014), e para isso é necessário superar alguns desafios como por exemplo facilitar a educação além da competência individual, para equipes centradas no paciente (KENT *et al.*, 2018), afinal, quanto mais se trabalha em equipe, mais saberes são compartilhados somando uns com os dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta. Entretanto há de se considerar a complexidade neste modelo de atuação, uma vez que exige prática colaborativa, comunicação entre profissões, consciência dos papéis de cada profissional, trabalho em equipe e resolução de conflitos (KENT *et al.*, 2018).

Em um estudo de revisão o qual teve como objetivo avaliar a eficácia das intervenções de EIP em comparação com intervenções educativas separadas e específicas da profissão; e avaliar a eficácia das intervenções de EIP em comparação com nenhuma intervenção educacional, obtiveram como resultado 15 publicações, os quais demonstraram melhorias nos resultados clínicos, melhorias na comunicação centrada no paciente, melhores resultados clínicos para pessoas com diabetes, comportamento da equipe colaborativa e redução das taxas de erro clínico para equipes, aumento das taxas de testes de diabetes e melhores

resultados dos pacientes, melhores competências do profissional de saúde mental relacionadas à prestação de cuidados ao paciente, melhores comportamentos da equipe e compartilhamento de informações para as equipes da sala de cirurgia, além disso relatam que em alguns casos os ganhos foram sustentados ao longo de oito meses e 18 meses (REEVES *et al.*, 2017).

Outro estudo comparou desempenho no ENADE 2010 dos alunos concluintes de Odontologia, Medicina e Enfermagem que participaram do PET-Saúde com aqueles que não participaram do programa, como resultado verificaram que o investimento compartilhado entre os Ministérios da Saúde e da Educação no envolvimento de alunos de graduação, profissionais de serviços públicos e professores de Instituições de Educação Superior, contribuiu significativamente para formação diferenciada dos alunos (FARIAS-SANTOS; NORO, 2017).

O PET-Saúde/Interprofissionalidade constitui-se como uma forma de estímulo de mudanças na formação profissional, o mesmo atende ao chamado da Organização Mundial da Saúde (OMS), contribuindo no fortalecimento dos recursos humanos, reduzindo os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Além disso, é a partir desta proposta que vêm sendo construídas estratégias de educação permanente como integrante do processo contínuo de trabalho, que pode ser favorecido por meio de parcerias com diferentes dispositivos de saúde da rede (HADDAD *et al.*, 2012).

Nagelkerk *et al.* (2018) realizaram um estudo com 20 funcionários, 22 alunos e 250 pacientes adultos com diagnóstico de diabetes, a maioria era do sexo feminino com média de idade de 57 anos, com o objetivo de responder algumas perguntas: 1. A implementação de um programa interprofissional em uma clínica de prática familiar melhora os resultados de saúde do paciente diabético? 2. Colocar uma equipe de alunos em um ambiente de prática colaborativa interprofissional aumenta o acesso aos cuidados, aumentando o número de pacientes que podem ser atendidos na clínica? 3. A implementação de um programa de prática colaborativa interprofissional aumenta a satisfação do pessoal e do paciente? 4. A implementação do programa de prática colaborativa interprofissional aumenta o ganho de conhecimento de funcionários e alunos? Ao final concluíram que as intervenções melhoraram a comunicação, o atendimento da equipe, bem como os resultados para um subgrupo de pacientes de alto risco e aumentaram a produtividade. Entretanto as percepções

interprofissionais mostraram pouca mudança, já que os participantes tinham altas medidas no início do estudo, com pouca melhora no final do estudo (NAGELKERK, 2018).

No estudo de Ulrich *et al.* (2019), compararam atitudes de interprofissionalidade em jovens profissionais de saúde que não foram expostos a atividades de aprendizagem interprofissional, a fim de dar recomendações para programas de educação continuada, a fim de explorar as percepções de jovens profissionais para comunicação, trabalho em equipe, aprendizagem interprofissional, interação e relacionamento. Ao final puderam identificar atitudes positivas e neutras em relação à interprofissionalidade colaborativa e aprendizagem em jovens profissionais de saúde sem diferenças entre as profissões de saúde, reforçando a necessidade de implementar treinamentos de IP em educação continuada e pode, além disso, contribuir para projetar estratégias de aprendizagem de IP mais personalizadas em programas de educação continuada para jovens trabalhadores da saúde.

A EIP presente já na formação do profissional de saúde emerge na promoção de novas dinâmicas nos serviços de saúde e no desenvolvimento de novas organizações institucionais de ações (equipes interprofissionais nos serviços de saúde) a partir do vínculo entre diferentes profissões (BATISTA *et al.*, 2018).

No Brasil, no cotidiano de trabalho das organizações e dos profissionais de saúde, o trabalho em equipe e as práticas interprofissionais têm progredido, apesar das ações de EIP ainda serem incipientes. Portanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido na educação cooperativa e na prática interprofissional, para tanto, é necessário envolver alguns atores sociais e dar suporte através das instituições de ensino superior, de educação profissional e dos órgãos governamentais (federais, estaduais e municipais) a fim de formular políticas públicas que viabilizem essas práticas. Nessa perspectiva, é importante debater a expansão do escopo de atividades do setor de saúde, para que os profissionais de cada área possam realizar todas as tarefas para as quais foram treinados e utilizar todas as suas competências colaborativas (PEDUZZI, 2016).

As equipes de saúde devem priorizar, conjuntamente, a elaboração de planos de cuidado com responsabilização no que tange ao cuidado e à capacidade de resolver os problemas da saúde. Essa atitude favorece a confiança mútua e a

cooperação entre os profissionais na busca pela qualidade do atendimento. Para o trabalho interprofissional é fundamental promover o seu avanço na conceituação de princípios e no detalhamento das estratégias a serem implementadas na perspectiva da EIP (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

A análise das produções científicas permite identificar três elementos da atenção centrada no paciente que extrapolam as diferentes categorias profissionais: a perspectiva ampliada da atenção à saúde, a relação profissional/usuário e a participação ativa do usuário em seu cuidado em saúde. Por outro lado, esses mesmos elementos também aparecem no processo de formação de organizações de serviços e redes de saúde na forma de trabalho em equipe e práticas interprofissionais. Isso mostra a relação mútua, bidirecional e influente entre a atenção centrada no paciente e a prática profissional. Resumindo, é importante notar que, como as práticas de saúde são efetivamente focadas nos usuários e, assim, atendem às suas necessidades de uma forma holística. Isso significa que se pode trabalhar com usuários, famílias e comunidades para configurar o trabalho interprofissional.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, dez. 2016.

BATISTA, N.A. *et al.* Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1705-1715, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**, Portaria GM/MS nº 421 e nº 422, de 03 de março de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: a maior política de inclusão social do povo brasileiro. Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf

CASANOVA, I.A.; BATISTA, N.A.; MORENO, L.R. A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Comunicação Saúde Educação**, v. 18, n. 48, p. 213-215. 2014.

FRANÇA, T.; MAGNAGO, C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 4-7, 2019.

HADDAD, A.E. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 03-04, mar. 2012.

KENT F., *et al.* 'More effort and more time.' Considerations in the establishment of interprofessional education programs in the workplace. **J Interprof Care**, v. 32, n. 1, p. 89-94, 2018.

MACHADO, C.V. *et al.* Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017.

NAGELKERK J. *et al.* Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. **J Interprof Care**, v. 32, n. 1, p.4-13, jan. 2018.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

REEVES S., *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**. 2017.

SILVA, J.A. *et al.* Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2015.

SINGH, S.; MCKENZIE, N.; KNIPPEN, K. L. Challenges and innovations in interprofessional education: Promoting a public health perspective. **J Interprof Care**, v. 33, n. 2, p. 270-272, 2019.

ULRICH G, *et al.* Attitudes towards interprofessional collaboration in young healthcare professionals. **J Interprof Care**, v. 33, n. 6, p. 768-773, nov./dec. 2019

WHITE, F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. **Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre**, v. 24, n. 2, p. 103-16, 2015.

CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS INDUTORAS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Erick Douglas Weber da Maia⁶
Fernanda Vandresen⁷

As políticas indutoras nas Instituições de Ensino Superior (IES) estão fortemente alinhadas com os princípios do SUS, objetivando aproximar o contexto acadêmico às vivências no contexto dos serviços de saúde.

Neste sentido, Silva, Cassiani e Freire Filho (2018) destacam que no processo saúde- doença a aproximação de gestores, estudantes e profissionais de saúde de áreas distintas reflete em aumento da resolutividade e proporciona qualidade no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A aproximação entre profissionais em formação e profissionais de saúde pode estreitar os laços para a colaboração interprofissional, criando uma rede colaborativa em que ambos se beneficiam.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apontam para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para que o cuidado em saúde ocorra de forma integral, no âmbito individual e coletivo, mediante o trabalho em equipe que vise a integralidade (FURLANETTO, 2015).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aponta que durante o processo de formação dos profissionais de saúde os alunos devem atuar de forma prática em diversas áreas, fazendo com que durante a academia seja vivenciado diversos fluxos e organizações de trabalho interprofissional, integrando assim a participação nos processos de Educação Permanente em Saúde nas áreas vivenciadas (BRASIL, 2017).

O Conselho Nacional de Saúde pontua ainda que as DCN's dos cursos das áreas da saúde articulem os pilares da educação⁸ visando a prestação de serviços de saúde à comunidade, tendo como base as necessidades locais e regionais

⁶Enfermeiro, Mestrando em Desenvolvimento Regional. Universidade do Contestado Campus Marafra. E-mail: erick.maia@professor.unc.br

⁷Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional. Universidade do Contestado Campus Marafra. E-mail: fernandavandresen@unc.br

⁸Os pilares da educação das universidades brasileiras, é formado por Ensino, Pesquisa e Extensão (MOITA; ANDRADE, 2009).

articulando o ensino com os serviços de saúde e também com a comunidade (BRASIL, 2017).

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) proporciona a integração entre ensino, serviço e comunidade ao envolver acadêmicos e docentes de diferentes cursos da saúde juntamente com profissionais atuantes na atenção básica.

Neste sentido pontua-se o trabalho interprofissional, que segundo Guimarães e Magalhães (2016) a interprofissionalidade no ensino superior atua reformulando as metodologias de ensino, minimizando características da individualidade profissional, transformando o ensino através da interação entre as diversas profissões e áreas de conhecimento.

Diante do contexto apresentado, objetiva-se discorrer sobre as políticas indutoras nas IES e sua contribuição na formação profissional com foco na interprofissionalidade.

O ALCANCE DAS POLÍTICAS INDUTORAS NAS IES

No âmbito das políticas indutoras o Programa Vivências-estágio na realidade do SUS (VER-SUS), o PET, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), entre outras oportunizam um processo de formação que aproxima os cenários reais de assistência ao meio educacional (VENDRUSCOLO, 2016).

Convém ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) têm apresentado propostas e reflexões que impulsionam a educação interprofissional como ferramenta transformadora nos serviços de saúde (COSTA, 2016).

Destaca-se também que essa relação da prática em saúde com foco na educação interprofissional não se limita aos cursos de graduação, podendo envolver a pós-graduação e a educação permanente em saúde (FARIAS *et al.*, 2018).

Mediante proposta do PET-Saúde, a articulação entre os diferentes atores envolvidos, estimula discussões sobre as demandas, proporcionando um ambiente colaborativo, fortalecendo os pontos de atenção por meio da interprofissionalidade (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

Tal experiência aproxima as questões que envolvem o conceito real de saúde ou conceito ampliado de saúde, o mesmo foi proposto e aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil de 17 a 21 de março de 1986.

Entende-se por conceito ampliado de saúde não apenas a ausência de doença, mas é reconhecido como resultado das formas de organização social, das condições gerais de alimentação e moradia, do acesso à educação e relação com o meio ambiente, do emprego e renda, das oportunidades de lazer e posse de terra e ter acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Esse aspecto foi salientado por Vendruscolo *et al.* (2020), ao citar a oportunidade de orientar a atuação de modo que considere o conceito ampliado de saúde para a integralidade da atenção.

Rios, Sousa e Caputo (2019) criaram uma representação do fazer interdisciplinar, conforme figura 1.

Figura 1 – Representação esquemática do fazer interdisciplinar



Fonte: Rios, Sousa, Caputo, 2019.

Os autores representam na figura, através das setas coloridas, as distintas áreas disciplinares e afirmam em seu estudo que essa interação de saberes favorece a resolução de problemas.

Com a interação de profissões distintas há um ambiente colaborativo que amplia o olhar para uma aprendizagem coletiva entre os indivíduos que fazem parte desta interação (RIOS; SOUZA; CAPUTO, 2019).

Ao aproximar diferentes realidades, há um intercâmbio de saberes, e os atores envolvidos assumem papel de protagonistas do processo de cuidar o que contribui significativamente para o processo de ensino-aprendizagem. Dentre essas possibilidades, no ambiente das IES destaca-se os estágios e aulas práticas e as atividades de extensão universitária.

A INTERPROFISSIONALIDADE E A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

A extensão é um dos pilares da universidade, e após passar por diversas mudanças conceituais no Brasil, influenciada por fatores históricos e culturais, traz a matriz acadêmica institucional. Seu fortalecimento visa além da qualidade na formação acadêmica, pois representa fortemente um compromisso social e político com a comunidade em que está inserida (SERRANO, 2013; MONFREDINI, 2015).

Nogueira (2001) ressalta esse compromisso social da universidade por meio da articulação do ensino e extensão, quando os acadêmicos durante estágios podem desenvolver competências e habilidades do trabalho interdisciplinar.

O conceito de universidade, traz como proposta a extensão e reforça seu papel na comunidade ao traçar objetivos sociais, políticos e culturais. Nesse aspecto, as ações extensionistas refletem em contribuições para as políticas públicas, que são prioritárias para o desenvolvimento regional (MONFREDINI, 2015).

Ao levar em consideração os métodos tradicionais de ensino, o acadêmico é considerado como um recipiente vazio, e este precisa ser preenchido por meio da transmissão de conhecimento na relação professor-aluno. Assim, deixa fragilidades na autonomia, na capacidade crítica e reflexiva do discente para os eventos ao seu redor, e isto limita a possibilidade deste em reconhecer soluções aos problemas e fragilidades encontradas no seu campo de atuação profissional (SILVA; SANTOS; ALMEIDA JÚNIOR, 2015).

Nesse âmbito, uma universidade que fica isolada da comunidade, sem contato com suas necessidades e problemas reais, pode se limitar a atuar apenas com foco em interesses próprios. Portanto, as atividades de extensão criam uma

forma de aproximação da comunidade, o que beneficia alunos, professores, profissionais e a comunidade em geral (CALDERON; GOMES; BORGES, 2016).

Por meio de atividades de extensão universitária, o aluno ultrapassa as barreiras físicas da sala de aula para o aprendizado, entra em contato com a realidade de saúde, e faz da relação teoria e prática uma aprendizagem significativa.

Durante estudos de Moraes *et al.* (2019) foi possível identificar a experiência exitosa que expressa uma vivência em curso de extensão integrando os cursos de Medicina humana, medicina veterinária e Engenharia mecânica, atingindo um bom conhecimento frente a parasitologia, oriundo da junção das áreas de conhecimento através da extensão universitária.

Percebe-se que quando há um ambiente de fortalecimento da relação universidade-comunidade, este pode impactar na melhoria da qualidade de vida da população, trazendo vantagens não apenas à sociedade, mas sim benefícios para ambas, ao criar novas oportunidades para dedicar-se ao ensino, pesquisa e extensão.

Visto que a extensão universitária cria possibilidades da aplicação da interprofissionalidade nos diversos cenários de atuação profissional, ela deve ser caracterizada como uma política indutora da interprofissionalidade durante o processo de formação dos profissionais da saúde.

A INTERPROFISSIONALIDADE E AS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Atualmente as expectativas do acadêmico quanto ao processo de ensino-aprendizagem estão cada vez mais elevadas, deste modo, cabe à universidade proporcionar um processo de ensino que estimule a autonomia e responsabilidade do aluno aos conteúdos apresentados.

O uso de metodologias ativas, muda o foco central que era o professor, centrando o aprendizado no aluno, que além de aprendizado teórico terá oportunidade de experienciar situações que o aproximam da realidade e do trabalho interprofissional.

Diversas ferramentas podem ser utilizadas como: ensino por pares, Aprendizado Baseado em Problemas (PBL), Aprendizagem Baseada em Times

(TBL), estudo de casos, Sala de Aula Invertida, mesas-redondas, exposições dialogadas, oficinas, Simulação Realística, método avaliativo pelo Modelo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), dinâmicas lúdico-pedagógicas entre outras (MORÁN, 2015).

Cada método irá apresentar resultados e impactos diferenciados, conforme a turma, ambiente, tema a ser abordado e condução da atividade. A inserção de ferramentas, em ambientes fora da sala de aula, como as atividades do Pet-Saúde que envolvem a atenção primária à saúde, faz com que aos poucos o aluno perceba sua responsabilidade futura enquanto profissional de saúde, e desenvolva as competências e habilidades necessárias por meio das vivências.

Conforme estudo de Gontijo, Freire Filho e Forster (2019), o uso de metodologias ativas, como por exemplo a simulação de situação de saúde/doença, como método de ensino e de avaliação pode garantir uma maior aderência no ensino interprofissional.

Para que haja ensino com foco nas iniciativas de educação interprofissional, é necessário planejamento adequado das ações, critérios bem definidos de ensino-aprendizagem, compreensão por parte dos alunos dos objetivos propostos e resultados esperados (GONTIJO; FREIRE FILHO; FORSTER, 2019).

Porém, para que essas metodologias inovadoras alcancem os objetivos propostos, todos os envolvidos no processo devem compreender, se dedicar e acreditar no processo, atuando com disponibilidade e interesse para desenvolver a proposta (BERBEL, 2011; MORÁN, 2015).

Do mesmo modo, para que as metodologias ativas possam ser facilitadoras da educação interprofissional, é fundamental oportunizar programas de desenvolvimento aos docentes para qualificação e incentivo a planejar e conduzir as atividades de forma estratégica (GONTIJO; FREIRE FILHO; FORSTER, 2019).

Justifica-se que ainda há inúmeros desafios a serem superados no ensino superior para o uso das metodologias ativas, que vão desde a necessidade de capacitação adequada dos docentes, a compreensão dos discentes quanto a forma de ensino e a criação e adequação de espaços que oportunizem o uso das ferramentas.

As políticas indutoras de transformações na formação em saúde buscam preparar o estudante para as necessidades reais da futura profissão que o aguarda.

Sendo assim, nos últimos anos, iniciativas têm proporcionado a integração entre ensino e serviços, o que minimiza a dissociação do mundo acadêmico às necessidades práticas.

As atividades de extensão universitária, podem ampliar a visão do discente, promovendo mudanças no seu modo de aprender e de atuar. Sua participação se dá de modo ativo e não passivo, proporcionando uma formação repleta de vivências significativas que estimulam sua capacidade crítica e dialógica.

Proporcionar ao acadêmico a oportunidade de experienciar o convívio em ambientes de saúde durante a fase de formação, é extremamente significativo, ao serem inseridos ao cotidiano e estimulados a momentos de reflexão e à superação do modelo de atuação uniprofissional.

Através de uma formação profissional diferenciada, por meio da extensão universitária e/ou uso de metodologias ativas, a universidade pode contribuir para a qualificação de sujeitos críticos, atuantes no meio em que estão inseridos, despertando o sentimento de pertencimento à comunidade e os instigando a ser profissionais de saúde ativos e agentes de mudanças transformadoras.

REFERÊNCIAS

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**: Londrina, v. 32, n. 1, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986. Brasília, 1986.

CALDERON, Adolfo Ignacio; GOMES, Cleber Fernando; BORGES, Regilson Maciel. Responsabilidade social da educação superior: mapeamento e tendências temáticas da produção científica brasileira (1990-2011). **Revista Brasileira de Educação**, v. 21 n. 66 jul.-set. 2016.

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 197-198, 2016.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; ANJOS, Ulisses Umbelino dos; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa. **Políticas Indutoras (Pró-Saúde) e a Reorientação da Formação de Profissionais da Área da Saúde para o fortalecimento do SUS**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

GONTIJO, Eliane Dias; FREIRE FILHO, José Rodrigues; FORSTER, Aldaisa Cassanho. Educação Interprofissional em Saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. **Cadernos do Cuidado**, v. 3, n. 2, 2019.

GUIMARÃES, Patricia Baldow; MAGALHÃES, Antônio de Pádula. A importância da interdisciplinaridade no ensino superior universitário no contexto da sociedade do conhecimento. **Vozes dos Vies**, Minas Gerais, v. 5/2016, n. 09, p. 1-17, 2016. Disponível em: <<http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2016/06/Patricia.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2020.

MOITA, Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro; ANDRADE, Fernando César Bezerra de. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Revista Brasileira de Educação**, v. 14, n. 41, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782009000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020.

MONFREDINI, Ivanise. A Extensão Universitária no Brasil e as possibilidades de formação dos sujeitos. In: EDUCERE: XII Congresso Nacional de Educação. 2015. Curitiba. **Anais...** Curitiba, out. 2015.

MORAES, Márcia Maria dos Santos de *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 9, p. 1-17, 10 out. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/13548>> Acesso em: 24 maio 2020.

MORÁN, José. **Mudando a educação com metodologias ativas**. Ponta Grossa: UEPG, 2015.

NOGUEIRA, Maria das Dores. Extensão Universitária no Brasil: uma revisão conceitual. **Construção Conceitual da Extensão Universitária na América Latina**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

RIOS, David Ramos da Silva; SOUSA, Daniel Andrade Barreto de; CAPUTO, Maria Constantina. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180080, 2019.

SERRANO, Rossana Maria Souto Maior. Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire. **Grupo de Pesquisa em Extensão Popular**. v. 13, n. 08, 2013.

SILVA, Fernando Antonio Menezes da; CASSIANI, Sílvia Helena de Bortoli; FREIRE FILHO, José Rodrigues. A Educação Interprofissional em saúde na Região das Américas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3013-e3013, 2018.

SILVA, Flávia Rayonara Santana da; SANTOS, Shirleíze Mariane Pereira; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de. Dialogando saberes entre universidade e escola: relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, p. 2283-94, jun. 2015.

VENDRUSCOLO, Carine; PRADO, Marta Lenise do; KLEBA, Maria Elisabeth. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2949-2960, 2016.

VENDRUSCOLO, Carine; TOMBINI, Larissa Hermes Thomas; FONSECA, Graciela Soares; SILVA FILHO, Cláudio Claudino da; SILVA, Débora Tavares de Resende; LARENTES, Gessiani Fama; GARGHETTI, Francine. “PET-Saúde” Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020.

CAPÍTULO 4 – SAÚDE DO TRABALHADOR, HIPERDIA E VISITAS DOMICILIARES

Inara Fernandes dos Santos⁹
Maria Eduarda Frederico do Rosario¹⁰

O primeiro direito fundamental do ser humano é o direito à vida, sendo necessário assegurar os pilares básicos de sua sustentação, dentre eles o trabalho, que garante o acesso aos bens necessários para a manutenção da mesma e também de sua saúde (MELLO *et al.*, 2018). Na 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1986, a saúde foi considerada o resultado de condições de moradia, alimentação, educação, renda, transporte, lazer, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS reforçou o conceito ampliado de saúde, incorporando questões de saúde do trabalhador e assumindo as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde no país (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2015). Um dos programas desenvolvido pelo SUS que visa todas essas ações é o HIPERDIA, que considera o fato da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus estarem ligadas a doenças cuja taxa de morbimortalidade é a maior entre a população do país (HACK; NAKAJIMA; TAGLIETTI, 2020). Outra ação realizada pelas equipes de saúde são as visitas domiciliares, que viabilizam a assistência à saúde, também com ações de promoção e proteção (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Algumas destas ações balizaram as atividades do Pet Saúde, e permitiram aos bolsistas e alunos voluntários experiências dentro dos três temas, sendo saúde do trabalhador, HIPERDIA e visitas domiciliares, os quais discorreremos a seguir como foco central deste capítulo.

⁹ Acadêmica de Psicologia pela Universidade do Contestado. Bolsista PET-Saúde.
inara.santos@aluno.unc.br

¹⁰ Acadêmica de Fisioterapia pela Universidade do Contestado. Bolsista PET-Saúde.
maria.rosario@aluno.unc.br

SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador, um dos campos da Saúde Pública, é direito de cidadania e dever do estado pela Constituição Federal. Indiferente do vínculo com o mercado de trabalho, todo trabalhador tem o direito de atenção integral à sua saúde segundo o Art. 200 da Constituição Federal (1988):

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; e [...] VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Ou seja, compete ao SUS executar a assistência, vigilância, informação, pesquisas, participar dos sindicatos, assim como das definições de normas, critérios e padrões para controle das condições e ambientes de trabalho (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Dentro do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, as bolsistas participaram de um evento da SIPAT- Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho, no eixo da promoção da saúde voltado aos trabalhadores da Empresa Recicla Brasil em Papanduva/SC. No relato da bolsista podemos entender um pouco sobre como foi a experiência.

Segundo a Bolsista do PET-Saúde (2019)

Na tarde do dia 16 de setembro de 2019, fomos até a empresa acompanhadas de um enfermeiro do ESF Central II, onde ministramos uma palestra sobre Saúde do Trabalhador. Nesta faziam-se presentes o Diácono (a religiosidade é muito presente na região), os proprietários da empresa que eram os responsáveis pela abertura do evento e demais funcionários.

Abordamos os temas: 'Empoderamento', 'Como eu cuido da minha saúde?', 'Qualidade de vida do trabalhador' e 'HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)'. Os ouvintes interagiram durante a palestra, onde conseguimos esclarecer dúvidas existentes sobre medicamentos, imunização, doenças relacionadas ao trabalho e finalizamos com uma análise de como se encontrava a saúde dos participantes naquele momento.

Como bolsistas, a realização da palestra exigiu um estudo dos temas abordados, onde pudemos aprimorar nossos conhecimentos em diversas áreas e trabalhar a Interprofissionalidade na troca de conhecimento profissional e no repasse de informações. O contato com empresas e com a comunidade proporcionou uma troca de saberes, agregando na formação acadêmica e evolução pessoal (Relato Bolsista PET, 2019).

PROGRAMA HIPERDIA

O Ministério da Saúde reconhece a Hipertensão Arterial (HA) e a Diabetes Mellitus (DM), como fatores de risco associados à ocorrência das doenças do sistema cardiovascular, responsáveis pelo maior número de óbitos na população do país (BRASIL, 2001).

Considerando as possíveis consequências das afecções, destaca-se a importância da prevenção, e quando já instaladas, a necessidade do acompanhamento, com o intuito de auxiliar seus portadores para que saibam como enfrentá-las e prevenir futuros agravos (FERNANDEZ; ISSE-POLLARO; TAKASE-GONÇALVES, 2016). Idealizando a orientação, promoção e prevenção de saúde, o programa HIPERDIA foi elaborado como estratégia para contornar a grave situação de saúde pública relacionado ao alto índice de HA e DM (HACK; NAKAJIMA; TAGLIETTI, 2020). O programa é destinado ao cadastramento e acompanhamento dos pacientes, a maior parte de suas ações se concentra no desenvolvimento de grupos voltados para ações educativas em saúde e consultas médicas (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

As alunas bolsistas do PET-Saúde, no decorrer do projeto, realizaram uma atividade em campo para conhecer a realidade do HIPERDIA. No decorrer do relato, nota-se que tiveram a oportunidade de conhecer a equipe, a atuação e as práticas realizadas no decorrer do encontro.

Segundo a Bolsista do PET-Saúde (2019)

Na manhã do dia 17 de setembro de 2019, fomos até o Centro da Melhor Idade do município de Papanduva/SC, onde ocorreu a reunião mensal do HIPERDIA. Faziam-se presentes também a preceptora, a enfermeira, o médico, a técnica de enfermagem, a agente de saúde, o estagiário de enfermagem da UnC - Mafra e 27 participantes do grupo. A equipe realizou ações como antropometria, ajuste de medicação, renovação da receita, dispensação de medicamentos, aferição de sinais vitais e solicitação de exames. Realizamos uma pesquisa da percepção do usuário sobre o grupo com itens de satisfação e sugestões.

Foi possível observar que os profissionais durante toda a reunião desempenharam funções que se complementavam, visando a qualidade de vida dos participantes. Juntos potencializavam os cuidados à saúde, oferecendo um ambiente acolhedor a todos os presentes (Bolsista PET-Saúde, 2019).

Ainda sobre a vivência, a bolsista relata ter vislumbrado as dificuldades que o programa enfrenta, com a baixa adesão de portadores de DM e HAS e os desafios ao se trabalhar com uma população carente. Destaca a importância para aqueles que residem em áreas com distâncias geográficas consideráveis da assistência médica e farmacológica, e descreve a solução idealizada para melhoria do programa.

Segundo a Bolsista do PET-Saúde (2019)

Com base na pesquisa realizada, foi possível levantar as fragilidades e potencialidades do programa. Entre as fragilidades encontradas a mais relevante é a baixa adesão de usuários na fase produtiva, e um público masculino pouco presente.

Para fazermos uma comparação, visitamos mais duas comunidades, uma com predominância de baixa renda e outra localizada no interior do município. Iniciamos na Companhia de Habitação – COHAB, onde além de uma comunidade carente nos deparamos com um alto índice de analfabetismo, fato este que dificulta a ingestão dos medicamentos nos devidos horários. As enfermeiras de uma maneira muito criativa criaram caixinhas com duas divisórias, onde em um dos lados colavam figuras representando o dia e no outro a representação da noite (imagem abaixo), assim seus pacientes recebiam a medicação separada e conseguiam diferenciar com facilidade. Visitamos também a comunidade do Palmito localizada no interior do município de Papanduva-SC, onde a população tem um acesso difícil aos postos de saúde, hospitais, farmácias e a única medicação que possuem é aquela fornecida nos encontros do HIPERDIA. Pode-se perceber que os encontros grupais são um local onde informações são compartilhadas, é um espaço de interação e rodas de conversas.

Com base nos dados coletados, sugerimos uma ação em conjunto com as Agentes comunitárias de saúde- ACS para realizar uma busca ativa de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis- DCNT que não foram acompanhados durante o ano de 2019, iniciando assim as visitas domiciliares (Bolsista PET, 2019).



Fonte: Acervo pessoal do autor (2019)

VISITAS DOMICILIARES

A visita domiciliar é uma maneira de formar fortes vínculos afetivos com os pacientes, e consiste no atendimento ou acompanhamento dos usuários em suas residências (ROCHA; *et al*, 2017). É uma prática realizada dentro do Sistema Único de Saúde, por profissionais da Estratégia de Saúde da Família- ESF e também profissionais vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF.

Idealizado como sugestão para melhorar a adesão ao HIPERDIA, as visitas domiciliares aos pacientes portadores de DM e HAS foram acompanhadas pelas alunas bolsistas. No relato de uma das bolsistas é possível visualizar as descobertas realizadas e compreender as dificuldades encontradas na realização das visitas.

Segundo a Bolsista do PET-Saúde (2019)

As visitas domiciliares foram separadas em duas etapas, iniciamos fazendo um questionário e mapeando com a agentes de saúde que nos determinariam quais seriam as dez famílias escolhidas. Na manhã programada para as visitas fomos de maneira geral bem recepcionados, realizamos a coleta dos dados, que ao serem tabuladas geraram o perfil do grupo. Os participantes tinham entre 52 e 85 anos de idade, sendo na grande maioria mulheres viúvas e aposentadas. O nível de escolaridade não passava do 5º ano do ensino fundamental, e entre as comorbidades associadas houve a queixa de asma, dores na coluna, taquicardia, dores nas pernas, labirintite, colesterol, ácido úrico, tosse, herpes, apneia e dificuldade em deixar de ser fumante. Um fato que chamou bastante

atenção é o vasto conhecimento a respeito da “farmácia natural”, todas as famílias relatavam o uso de chás e ervas com a finalidade de fortalecer o sistema imunológico, podendo ser usados também para a recuperação de várias doenças. Em uma das casas visitadas incentivamos o proprietário a participar do HIPERDIA, apresentamos as vantagens a partir de uma perspectiva otimista. O convite foi aceito, e a partir de então ele se tornou um participante ativo do grupo, enquanto outro visitado quando convidado a participar, antes mesmo de ouvir seus aspectos positivos, desdenhou e negou a necessidade, mesmo sendo portador de Diabetes Mellitus e fumante ativo.

A segunda etapa das visitas consistiu em fazer uma ação interprofissional que pudesse auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos participantes, juntamente com minha colega acadêmica de educação física, criamos uma lista dos benefícios do exercício físico para a saúde mental e uma série de alongamentos para serem realizados em casa. Ao contrário da experiência anterior, tivemos uma grande dificuldade em conseguir acesso, as pessoas estavam com receio de permitir nossa entrada e não aderiram à proposta apresentada. Após a quinta visita optamos por encerrar as atividades, era notório o desconforto das pessoas ao entrarmos em suas residências e tentar tirá-las de sua zona de conforto.

As vivências proporcionadas pelo PET-Saúde possibilitaram conhecer mais a fundo os serviços oferecidos pelo SUS, onde toda teoria estudada foi sendo observada no cotidiano dos profissionais. Ficou evidente a lacuna existente entre o que foi proposto e o que realmente é possível ser feito, entre a teoria e a realidade.

Durante as atividades referentes à saúde do trabalhador, houve uma pequena interação dos ouvintes, mas em boa parte era notório a mescla entre o alívio pela pausa no trabalho e o total desinteresse pelos temas abordados.

Nas visitas domiciliares percebeu-se muito desconforto dos entrevistados ao serem questionados sobre suas doenças e os motivos de não frequentarem algum grupo de ajuda. Mesmo com a insistência dos profissionais, muitos ainda não enxergam vantagem. No contraponto, outros participantes descrevem o dia que passam no programa HIPERDIA como um dia de passeio e descontração, onde se tem amigos, conversa e encontram-se com pessoas que os tratam com atenção.

Percebe-se uma falta de compreensão dos objetivos em algumas situações e uma inversão de valores causada principalmente pela falta de estrutura, mas também pela dificuldade de enxergar resultados positivos, vantagens resultantes dos processos propostos.

Se faz necessário um preparo para alcançar uma dinâmica explicativa mais coerente com o público, que os permita vislumbrar de maneira clara os objetivos, as finalidades que podem ser alcançadas a partir de um programa, os aspectos positivos que a aderência a grupos poderia trazer, as vantagens que a visita

domiciliar proporciona e os benefícios de se ter conhecimento sobre a funcionalidade da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0235_20_02_2001.html> Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Brasília: MS; 1986. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em: 05 jul. 2020.

FERNANDEZ, Darla Lusia Ropelato; ISSE-POLLARO, Sandra Helena; TAKASE-GONÇALVES, Lucia Hisako. Programa hiperdia e suas repercussões sobre os usuários. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.30, 11 jul. 2016.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2020.

HACK, Bruna Evelyn; NAKAJIMA, Bruna Rodrigues; TAGLIETTI, Marcelo. A praxis da fisioterapia no programa HIPERDIA: conceitos e diretrizes. **FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH)**, v. 2, n. 1, p. 117-126, 31 mar. 2020. Disponível em: <<https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/185>> Acesso em: 10 jul. 2020.

MELLO, Aline Souza Tinoco Gomes de; GONÇALVES NETO, Ari; RODRIGUES, Kamila Aparecida Iwanami; DINIZ, Marlene; PIMENTEL, Rafael Soares. Fundamentabilidade da saúde do trabalhador. **Interdisciplinary Scientific Journal**. p. 255-269, 5 dez 2018. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjY7p2gws3qAhVoILkGHaLQAsIQFJA AegQIARAB&url=http%3A%2F%2Frevista.srvroot.com%2Flinkscienceplace%2Findex.php%2Flinkscienceplace%2Farticle%2FviewFile%2F624%2F350&usg=AOvVaw2sOVUcQ-vfNrjoyl2PLtr6>> Acesso em: 15 jul. 2020.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; CICOLELLA, Dayane de Aguiar; VELLEDA, Kimberly Larroque. Visita domiciliar do Sistema Único de Saúde: estratégia de biopolítica. **Rev Uruguaya Enferm**. 2018; 13:9-21. Disponível em: <file:///C:/Users/DUDARO~1/AppData/Local/Temp/249-

Texto%20del%20art%C3%ADculo-955-1-10-20190224.pdf> Acesso em: 09 jul. 2020.

ROCHA, Kátia Bones; CONZ, Jaqueline; BARNSKI, Mariana; PAIVA, Daniel; PIZZIANATO, Adolfo. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SANTOS, Aliny de Lima; SILVA, Elza Monteiro da; MARCON, Sonia Silva. Assistência às pessoas com diabetes no HIPERDIA: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e2630014, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CAPÍTULO 5 – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

Rafaela Prestes¹¹
Suiany Pires da Fonseca¹²

Conforme Dorigatti *et al.* (2014) o modelo tradicional de atenção usado com o paciente tinha o foco apenas na sua patologia, dessa forma, buscava-se apenas um diagnóstico e a medicalização para o tratamento da mesma, desconsiderando a cultura, a vida social e as particularidades de cada sujeito. No entanto, este modelo vem sofrendo modificações nos paradigmas desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, Baptista *et al.* (2020) abordam que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta que compõem estratégias, e visa um cuidado integral, que coloque a pessoa no centro da atenção e sua saúde como fim, é uma variação da discussão de "caso clínico", após a avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos e cargos de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência, no entanto, existem certas limitações para efetivação do PTS, entre eles se destacam: a falta de comunicação e a formação acadêmica uniprofissional da equipe.

A construção do PTS transforma as práticas de cuidado e também fortalece o papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e promover uma atenção integral e centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social (SILVA *et al.*, 2013). Assim, as equipes de referências empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Para implementar o PTS não há uma prescrição específica, considerando o fato que cada indivíduo é único, assim há diferentes caminhos e necessidades para se buscar um resultado (BAPTISTA *et al.*, 2020).

O PTS é composto por quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e por fim a reavaliação (DINIZ, 2012). Neste capítulo será possível compreender o que é um PTS, sua aplicabilidade, barreiras e benefícios.

¹¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Contestado, campus Mafra. Aluna voluntária do PET Saúde. E-mail: rafaelaprestes@gmail.com

¹²Acadêmica de Psicologia da Universidade do Contestado, campus Mafra. Aluna bolsista do PET Saúde. E-mail: suiany.ipda@gmail.com

O nome já diz muito sobre a proposta. Se dividirmos cada palavra obtemos: Projeto (esforço para criar algo); Terapêutico (tratamento, cuidado) e Singular (único). Assim, o PTS é definido como um conjunto de propostas, estratégias e condutas, que tem como objetivo analisar e identificar quais métodos serão utilizados para o tratamento de cada caso, para que isso aconteça é necessário considerar as singularidades do sujeito e a sua complexidade (BRASÍLIA, 2014).

Os estudos analisados apontam que o PTS é uma estratégia de prática multiprofissional e interdisciplinar nas ações de saúde com condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo e família focando no cuidado integral, visto que é um dos princípios postulados pelo SUS (SILVA *et al.*, 2013).

Na atenção básica, a estratégia organizacional é uma parte importante, pois é utilizada para analisar e escolher usuários ou famílias que no momento se encontram em um cenário mais difícil, já na atenção hospitalar e/ou centros que são especialidades nota-se que a maioria dos pacientes que permanecem ali estão em situações mais agravantes e necessitam de um PTS. O tempo de condução do PTS vai depender da situação de cada paciente, sabendo que pacientes crônicos vão ter um tratamento mais longo e esses usuários usualmente estão ligados aos serviços de saúde na atenção básica.

Vale lembrar, que o PTS não é aplicado a todos os indivíduos, mas sim a partir de uma verificação da complexidade do caso, que necessitem de um olhar diferenciado. Após definido quais indivíduos serão aplicados a ferramenta, o PTS segue desde sua estruturação em pontos como a avaliação, o diagnóstico, tratamento e reavaliação. É indispensável a participação ativa da pessoa, a auto responsabilidade, na construção de metas e que esta assuma o papel de protagonista de sua saúde (BAPTISTA *et al.*, 2020).

A equipe deverá separar cada caso, identificando as suas singularidades, trocando informações que ajudem no enriquecimento e atributos de particularização de cada indivíduo, colocando todos os envolvidos no PTS a frente a situação, fazendo com que a equipe entre em contato com as “particularidades” de cada caso. Este contato pormenorizado possibilita a intimidade com o caso clínico do paciente, favorecendo um plano individualizado e adequado para determinado paciente (BRASILIA, 2010). Assim, as reuniões de equipes no PTS têm como objetivo ampliar a comunicação, trazendo o fortalecimento dos vínculos e aumento no nível de

corresponsabilidade, o compartilhamento de conhecimento auxiliando na eficácia do tratamento proposto (BRASÍLIA, 2014). Resumindo, um PTS constitui-se, então, como um instrumento de cuidado para um indivíduo ou para sua família, sendo uma ferramenta que ajudará a organizar e dar suporte às atividades propostas pelo Núcleo de Apoio à Saúde (NASF) que buscam ampliar a resolubilidade assistencial (HORI, 2014).

O envolvimento interprofissional do PTS visa garantir a construção de um conhecimento, efetivando o processo de envolvimento da equipe, ampliando a resolubilidade assistencial (MIRANDA *et al.*, 2012). A melhor maneira de construir o PTS é trabalhando em equipe, oportunizando a colaboração dos participantes, contando com a ajuda dos quatro pilares, que seriam: I) Formulação de hipóteses diagnósticas, que deve partir de visão da equipe; II) Definição de metas, que são as ações abordadas para os profissionais, voltado ao cuidado do paciente; III) Divisão de responsabilidade, que compete a cada profissional desenvolver a função delegada; IV) Reavaliação, momento necessário para discutir o caso e observar quais alterações necessárias para resolução do caso proposto (DINIZ, 2012).

A criação do PTS acontece no encontro da equipe e sujeito, que é organizado em momentos de acordo com o planejamento da equipe NASF, um desses momentos é definido como apoio matricial que serve como um modelo de organização, seu objetivo é assegurar retaguarda especializada a equipe e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde. O apoio matricial é realizado por um especialista especificado que possua um conhecimento sublime, de modo que contribua oportunizando a capacidade de estabelecer resoluções da equipe profissional (HORI, 2014).

Além disso, a escuta qualificada no PTS é de suma importância para que os profissionais possam identificar no indivíduo as questões que o deixam vulneráveis, bem como, as potencialidades existentes (orgânicas, psíquicas e sociais), tudo isso deverá ser considerado para realização dos planos de ação que deve ser realizado por meio de condutas, saberes e habilidades que consigam atingir seus objetivos, visando o cuidado interprofissional e integral para o indivíduo (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Para maior entendimento de como funciona o PTS e para descrever os relatos de experiência vivenciados pelo programa, foi realizada uma entrevista com

duas bolsistas do PET-saúde, elas participaram de uma visita domiciliar, que teve como objetivo a construção de um PTS para um paciente.

O depoimento das participantes nos descreve um pouco sobre a construção do PTS juntamente com sua equipe.

[...] A partir das vivências que o PET nos proporcionou, acompanhamos uma visita domiciliar a um paciente pós AVC, fazendo uso de SVD (sonda vesical de demora), com gastrostomia, diabético, hipertenso e com restrição ao leito que teve um Projeto Terapêutico Singular desenvolvido por uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitária de saúde, fisioterapeuta, nutricionista e terapeuta ocupacional.

[...] Percebeu-se a necessidade de um vínculo não apenas com o paciente, mas também com a família e cuidadores, com a finalidade de orientar e esclarecer a necessidade de que o plano de tratamento seja realizado de acordo com o esperado, para que se obtenham os resultados positivos. Durante a visita, foi avaliado a evolução do paciente, ou seja, os resultados obtidos a partir da realização das recomendações propostas no PTS. Após as observações e relatos dos acompanhantes, foram realizados alguns ajustes no PTS e novas recomendações ao paciente e familiares.

As expectativas anteriormente descritas pelas participantes descrevem qual a importância da equipe de saúde alinhada para a construção de um PTS exclusivo para um indivíduo, nota-se a necessidade do acompanhamento que deve ser realizado.

Antes de vivenciar o PTS todos os participantes do PET Saúde foram capacitados por um de nossos preceptores, Alexandre Engel, Enfermeiro da Secretaria Municipal da Saúde de Mafra que nos deu a permissão para disponibilizar sua capacitação neste livro. Para acessar, faça o download do aplicativo QR CODE Reader disponível para IOS e Android e capte a imagem abaixo. Pronto! É só assistir um pouquinho do que aprendemos na parte teórica do PTS em 3 vídeos.



Finalizamos ressaltando que o PTS é uma ferramenta de grande valia para o paciente, além de fortalecer o trabalho dos profissionais envolvidos, que muitas

vezes tem restrições, ou dificuldades de atuar, impõem limites sobre cada categoria profissional, delimita os espaços além de descobrir possibilidades de aperfeiçoar o atendimento e melhores formas de lidar com o problema. O PTS permite maior vínculo com o profissional, que podem demonstrar aspectos que antes não eram evidenciados numa consulta, muitas vezes tratada apenas como “renovação de receita” pelo prescritor. Afinal, cada indivíduo tem suas particularidades e estas não estão descritas em manuais ou DSMs, dessa forma, o PTS atinge o cuidado integral que vai além de um diagnóstico descrito no CID que certamente é importante, mas que não define o sujeito, ele não é a patologia ele é um ser humano que merece respeito e um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Juliana Ávila *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180508, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>.

BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F.C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E.F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização dos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.22, n.1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf> Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela>. Acesso em 22 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada, **Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Rev. O mundo da saúde**. São Paulo, v.36, n. 3, p. 521-525, jun./ jul. 2012.

CUNHA, G.T.A. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.

DINIZ, A. M. **Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial**: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará Centro de Ciências da Saúde Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2012. Disponível em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/alexandremelo_2012.pdf. Acesso em: 16 jun. 2020

DORIGATTI, A. E. *et al.* Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 113-119, mar. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100015>.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A.Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 105-112, jul/set. 2000.

HORI, A. A. *et al.* O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ago. 2014.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.

MIRANDA, F. A. C. *et al.* **Especialização Multiprofissional em Saúde da Família**: eixo III: a assistência na atenção básica projeto terapêutico singular. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1089/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.

OLIVEIRA, G. N. O. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007. Dissertação (Mestrado). UNICAMP. Campinas, SP, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000409274>

PERS/SES. **Guia de Serviços de Saúde Mental**. Série cuidar, sim. Excluir, não. Porto Alegre, 2002.

SILVA, E. P. *et al.* Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 17, p. 197-202. 2013. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Projeto_Terap%C3%AAAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

SOUZA, M. E. L.; NASCIMENTO, M. A. S.; **Trajetória evolutiva da história da psiquiatria no Brasil e no mundo e inserção de enfermagem**. Batatais, 2006.

CAPÍTULO 6 – VIVÊNCIAS NA REDE DE ATENÇÃO

Carla Schlocobier¹³

O projeto Pet Saúde Interprofissionalidade da Universidade do Contestado (UnC) e das secretarias de saúde de Mafra, Rio Negrinho e Papanduva, conhecido como projeto 149, é um programa de educação pelo trabalho fomentado pelo Ministério da Saúde (MS) que visa a Interprofissionalidade entre profissionais da área da saúde formados e os ainda em formação com o intuito de orientar os acadêmicos para o trabalho em equipe e com o princípio de promover a interdisciplinaridade e qualificação dos serviços na visão da reorientação dos processos acadêmicos e na continuidade da integração ensino-serviço. Atualmente a Educação Interprofissional (EIP) apresenta-se como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde (BATISTA, 2012). A EIP oferece aos estudantes oportunidade para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo (REEVES, 2016). O projeto PET 149 tem como um dos objetivos possibilitar aos acadêmicos a interação entre ensino-serviço-comunidade identificando a organização da rede de atenção à saúde do trabalhador, fluxos e contra fluxos do trabalhador urbano, rural e dos trabalhadores do SUS.

O objetivo deste capítulo é descrever, na ótica de uma bolsista PET, as vivências e experiências obtidas no SUS durante as atividades a campos do projeto PET.

A VIVÊNCIA ACADÊMICA NO SUS

A estratégia utilizada para alcançar estes objetivos foram as visitas de reconhecimento nos locais de atenção básica (AB) / atenção primária (AP) em saúde para observação da porta de entrada do trabalhador no SUS, bem como a integralidade e assistência, e o atendimento Interprofissional e intersetorial. Locais

¹³Acadêmica do curso de Educação Física da Universidade do Contestado. Bolsista PET – Saúde Interprofissionalidade. Grupo de Pesquisa NUPESC da UnC. E-mail: carla.schlocobier@aluno.unc.br

como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram um dos pontos da rede visitado por se tratar de um programa governamental relacionado à atenção básica, que leva serviços multidisciplinares aos trabalhadores e que priorizam ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada, ou seja, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população trabalhadora, adquiridas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Outro ponto âncora para as vivências foi o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o propósito das ações da atenção básica, pois, é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada e apoiam os profissionais das equipes da ESF, além de trabalharem diretamente no apoio matricial às equipes das unidades às quais estão vinculados, trata-se desta forma de um importante local de interdisciplinaridade com a AB (SALES *et al.*, 2020). Cita-se ainda como um ponto fundamental para as ações de saúde do trabalhador as vigilâncias epidemiológica e sanitária que estão relacionadas às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças.

A Vigilância Epidemiológica é responsável pelo cadastramento das notificações compulsórias e investigação das epidemias que ocorrem em territórios específicos agindo no controle dessas epidemias. Já a Vigilância Sanitária é responsável pelo controle de alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos que oferecem riscos à saúde da população, realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em risco e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.

E por finalizar o último ponto da rede elencado para a visita: a rede urgência e emergência caracterizada pela visita ao Hospital que representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, são indiscutíveis a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, pois oferece vários tipos de serviços e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade.

A partir das visitas observou-se que as ESF's visitadas são a porta de entrada para a saúde do trabalhador, pois o cuidado inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população. Entretanto, quando a situação necessita de um apoio maior, o NASF entra em ação proporcionando ajuda ao trabalho das Equipes das ESF's. O hospital também serve de apoio para a saúde do trabalhador, porém não é a porta de entrada rotineira, mas há trabalhadores que se deslocam a este local sem passarem por uma ESF, isto provavelmente se deve ao fato do Hospital receber fluxo de usuários a qualquer momento do dia facilitando o acesso a qualquer por estes trabalhadores.

A vivência nas vigilâncias epidemiológica e sanitária mostraram que as atividades centram-se no controle de doenças e notificações, não deixando de dar apoio para a ESF, mas não vem a ser a porta de entrada do trabalhador no SUS.

A ESF, NASF, Hospital e Vigilâncias funcionam com base nos princípios do SUS dos quais cita-se o princípio da integralidade como um dos mais observados nas visitas ao local, pois este princípio considera as pessoas como um todo para atender a todas as suas necessidades, independente da sua situação financeira, sexo, etnia, religiosidade e idade como nos fundamenta a literatura (BRASIL, 1990).

Descreve-se que em uma das visitas a um ESF, num determinado período da manhã, uma paciente precisou de atendimento domiciliar, pois estava inapta a ir até a sua ESF. Neste caso a enfermeira responsável juntamente com uma das bolsistas do PET se deslocou até a sua residência para verificação de seu estado de saúde, chegando ao local foram informadas que a paciente havia sido espancada por seu marido, com isso ela teve perda de massa encefálica, estava com alimentação via sonda enteral e traqueostomizada, constataram ainda que a paciente precisava ser aspirada, porque estava com secreção em suas vias aéreas, então preceptora e bolsista realizaram este procedimento, e os familiares da paciente foram orientados a procurar o hospital da cidade, pois sua situação atual ainda era precária.

Com relação ao atendimento nos locais visitados não foi observado Interprofissionalidade, o que foi observado foi a intersetorialidade e a multiprofissionalidade, ou seja, durante as visitas aos locais especificados não houve um momento onde os profissionais se reuniram de maneira interprofissional para a discussão de um quadro clínico específico, porém a intersetorialidade e multiprofissionalidade foram constantes, pois os profissionais que ali trabalhavam

realizam a sua função, atendendo os pacientes em seus consultórios sem contato com os outros profissionais. Para Silva e Tavares (2016), o diálogo intersetorial é difícil, pois requer respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões no enfrentamento dos problemas e situações levantados, sendo uma estratégia importante de reconstrução das práticas de saúde. A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral, e é erroneamente confundida com interdisciplinaridade. A multiprofissionalidade retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado (ALVARENGA *et al.*, 2013).

Considerando esses apontamentos iniciais buscou-se também verificar a rotina dos profissionais e pacientes verificando o fluxo de pessoas, os profissionais que trabalhavam, horário de funcionamento, interação dos profissionais e estrutura física, desta forma vamos relatar a experiência que as bolsistas do programa tiveram:

Aluna bolsista 1 – Vivências na ESF, NASF, Hospital e Vigilâncias.

Na ESF Central I o público que utiliza os serviços prestados do local é diversificado, incluindo bebês, crianças, homens, mulheres e idosos, contemplando a longitudinalidade, então o fluxo de pacientes era grande, visto que as principais necessidades da população foram sanadas dentro da ESF por se tratar é claro da porta de entrada para o SUS. As necessidades da população identificadas foram consultas de rotina, procura por médico geral a fim de diagnóstico ou solução para determinada dor ou sintoma apresentado, realização de exames, vacinação, busca por receitas médicas e obtenção de medicamentos, no NASF o fluxo de pacientes foi baixo, pois o NASF funciona como apoio a ESF, desta forma pacientes que precisam do trabalho/consulta com os profissionais que compõem o NASF são remanejados para este local, fazendo com que o NASF não tenha um grande fluxo de pacientes, o Hospital da cidade visitada (Papanduva/SC) estava em reforma, então o seu fluxo de profissionais e pacientes estava bem reduzido. Na Vigilância Epidemiológica o atendimento não funciona de forma direta com o trabalhador, e sim por meio das notificações recebidas ou no caso da Vigilância Sanitária por meio de denúncias e fiscalizações de rotina em estabelecimentos e residências da cidade.

Aluna bolsista 1 – Vivências na ESF, NASF, Hospital e Vigilâncias.

Na visita à ESF Central I verificou-se que a equipe multidisciplinar do local era composta por: médico geral, enfermeira, técnica de enfermagem, ginecologista, farmacêutica, dentista, assistente social, bioquímica, fisioterapeuta e recepcionistas. O Nasf contava com os seguintes profissionais: Profissional de educação física, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. O Hospital contava com médico, técnico de enfermagem e enfermeira. Na Vigilância Epidemiológica estavam presentes a técnica de enfermagem e o enfermeiro e na Vigilância Epidemiológica os técnicos responsáveis, no dia da visita estavam em 2 técnicos.

Aluna bolsista 1 – Vivências na ESF, NASF, Hospital e Vigilâncias.

Nesta primeira etapa observamos a demanda do local, e obtivemos algumas informações com relação ao porquê de os pacientes estarem lá. Teve bastante procura por vacinação e uma procura razoável por consultas médicas (retorno, rotina ou então pacientes com dores). No momento em que estávamos lá não teve nenhum paciente que precisou ser realocado, pois os que foram até o ESF foram atendidos lá mesmo, porque a ESF pertencia à região demográfica deste paciente. O horário de atendimento desta Unidade é a partir das 07h30min da manhã, cada dia tem um número determinado de “fichas” para a população que não tem nada marcado ainda. O horário de funcionamento do NASF é 08h00min às 12h00min e das 13h00min as 17h00min, no hospital por ser um local público, o acesso é facilitado e seu funcionamento é de 24 horas, a Vigilância Epidemiológica e Sanitária funcionam 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 também.

Aluna bolsista 1 – Vivências no Hospital.

A integração dos profissionais é constante, pois lá no hospital tivemos contato com médicos, enfermeira e técnica de enfermagem, e, além disso, alguns dos usuários passaram por ESF's ou por um primeiro atendimento/diagnóstico para procurarem o local.

Aluna bolsista 2 – Vivências na Policlínica Municipal

Minha vivência foi dia 15-04-19, no horário em que estive no ambiente, o fluxo de pacientes era abaixo do padrão relatado pelos funcionários. O horário de atendimento é das 07h00min às 12h00min e das 13h00min às 16h00minh. Todo paciente que chega até a unidade passa pela recepção, onde recebe orientações e é encaminhado para a triagem, ou setor competente (fisioterapia, assistente social, psicologia, núcleo materno e infantil...) [...].

Aluna bolsista 2 – Vivências na Policlínica Municipal

[...] Normalmente os pacientes vem até a policlínica encaminhados das suas unidades básicas de saúde. As outras especialidades, assim como as médicas, são bastante eficientes com a atenção ao paciente, atuam de forma organizada atendendo as necessidades locais e o próprio local de espera bastante organizado com as cadeiras voltadas umas para as outras onde ao meu ver isso traz as conversas entre pacientes não ficando de costas umas para outras achei um ponto bem legal.

Aluna bolsista 2 – Vivências na Unidade de Pronto Atendimento.

Minha vivência foi dia 22-04-19. O fluxo era em média proporção, o horário é 24h00min horas de atendimento. O público que utiliza é geral, se encontra necessidades em geral da população não tinha nada especificado a patologia da doença de cada indivíduo. O atendimento da unidade e bem interprofissional. Todo paciente que chega na unidade segue a recepção onde tem informações prestadas, assim segue a triagem para avaliação de riscos segue o protocolo de Manchester conforme a cor da sua pulseira mais rápido será atendido. E assim segue de uma forma onde a atividade interprofissional ocorre organizadamente. A Unidade de pronto atendimento funciona 24hrs, Ao meu ver acredita-se que muitas pessoas que trabalham procuram a UPA depois de seu expediente, talvez obtenha resultado mais satisfatório aos pacientes, quanto a medicação, exames, e encaminhamento para hospitais em casos mais graves, acredita-se em um bom atendimento prestado pela unidade para tratar a gravidade de cada paciente em melhorias a sua saúde.

A percepção da bolsista sobre as ações desenvolvidas nos locais visitados é positiva e está relacionada ao caráter multiprofissional e intersetorial do trabalho em

equipe. Alguns fatores foram importantes para a integralidade do serviço, como o compartilhamento de saberes, atendimentos domiciliares, elaboração de projetos terapêuticos e encaminhamento de pacientes para o melhor local onde seu estado de saúde seria mais bem avaliado e melhorado.

Desta forma, buscou-se compartilhar as vivências dentro da atenção básica, para que assim as bolsistas ampliem seus conhecimentos e saiam da instituição de ensino superior com uma visão ampla a respeito do trabalho em equipe, especificamente sobre o trabalho interprofissional.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. P. O. *et al.* Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formatação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interdisciplinar. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7; n. 10, 2013, p. 5549-5951

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad Fnepas**, v. 2, n. 1, p. 25-8, 2012.

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, set. 1990.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, março de 2016.

SALES, J. C. S. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190179, 2020.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, Dec. 2016.

CAPÍTULO 7 – SIMULAÇÃO REALÍSTICA PET-SAÚDE

Fernanda Mara Kong¹⁴
Sandrieli Gugel¹⁵

Entre tantas metodologias de ensino existentes, destacamos a simulação realística como uma metodologia ativa para estimular a aprendizagem interprofissional. Pois, a simulação realística possibilita aos envolvidos, resoluções de problemas e planejamento de estratégias para o aprendizado em comum.

Existem diversos tipos de simulações que são utilizados no ensino dos graduandos dos cursos de saúde. Abrange o simulador de paciente com utilização de manequim; pacientes simulados sendo pessoas exercendo o papel de paciente; métodos virtuais de aprendizagem e os métodos mistos associando dois ou mais tipos de simulação (OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014).

A simulação realística em saúde possibilita o desenvolvimento de cenários baseados na realidade da sociedade, sendo para treinar e desenvolver habilidades em ambientes simulados que permitem acertos e erros no seu desenvolvimento das estratégias de saúde, com o intuito de desenvolver melhorias para o atendimento, o que se torna essencial para o aprendizado do aluno e/ou profissional (KANEKO; LOPES, 2019).

Elas podem ser utilizadas para as atividades interdisciplinares e interprofissionais e caracterizam um progresso para o ensino em saúde. Esse tipo de metodologia de ensino apresenta um diferencial das demais: a oportunidade de conhecimento experiencial, direcionado no aluno em ambientes seguros, baseado em um raciocínio, orientados por professores. Para que esse método alcance benefícios é imprescindível, um ambiente adequado, membros capacitados e definição dos objetivos de aprendizagem a ser alcançado (OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014).

Essa ferramenta de ensino-aprendizagem tem como objetivo propiciar maior confiança e uma qualificação melhor aos acadêmicos, no contexto geral. A educação em simulação realística aos acadêmicos da saúde favorece diversos

¹⁴Egressa do curso de Enfermagem da Universidade do contestado, campus Mafra. Egressa do Pet Saúde Interprofissionalidade. E-mail: fernandamk1@hotmail.com

¹⁵ Aluna do curso de Enfermagem da Universidade do contestado, campus Mafra. Aluna voluntária do Pet Saúde Interprofissionalidade. E-mail: sandrieli.gugel@aluno.unc.br

requisitos essenciais no desenvolvimento de conhecimento, possibilitando experiências excepcionais e ativas de raciocínio perante os conteúdos apresentados (BRANDÃO; COLLARES; MARIN, 2014).

Uma das formas de aprendizagem, para integração dos conhecimentos aos estudantes a simulação realística torna o conhecimento amplo atual, e permanece como uma estratégia mais agradável e prazerosa, sendo entendida como o processo educacional que demonstra os cenários verdadeiros do paciente em um ambiente realístico (BRANDÃO; COLLARES; MARIN, 2014).

O objetivo da simulação realística é descrever e simular a construção das técnicas usadas na saúde. As atividades que consistem em um dos cenários, tem aproximadamente duração máxima de uma hora, dependendo do tema abordado. As situações que tornam a construção dos cenários de simulação devem ser relatadas conforme os adversos dos processos de trabalho (COGO *et al.* 2019).

Esta estratégia é utilizada para trabalhar a comunicação e ensino dos acadêmicos em situação de cuidados ao paciente, visto que a mesma oportuniza ao futuro profissional da saúde uma proximidade com a vivência do atendimento. Portanto ocorre um estímulo da reflexão, por meio de exemplo prático, como a possibilidade de transformação na assistência frente ao que antecede na prática assistencial junto ao paciente, família e comunidade (BELLAGUARDA *et al.*, 2020).

As diversas áreas de aprendizado, são comumente ensinados de maneira isolada, com a simulação os alunos conseguem associar seus conhecimentos e habilidades referente a cada curso. Cada simulação é um cenário diferente, onde existirá debates discutindo cada situação com a equipe. A metodologia de simulação realística oferece aos estudantes o potencial de diagnóstico, raciocínio clínico e benefícios no ensino-aprendizagem dos processos (DOURADO; GIANNELLA, 2014).

A simulação, concede melhor fixação das matérias que foram concedidas anteriormente a realização das simulações. Após a experiência da simulação, novas aprendizagens são associadas aos já existentes. Além do mais, essa metodologia possibilita relacionar a teoria e a prática (COSTA *et al.*, 2017).

A metodologia de ensino da simulação favorece a elaboração de experiências que exijam reflexão do aluno, propiciando ao mesmo obter a competência de auto conduzir o seu próprio processo formativo (SANINO, 2012).

Além de colaborar para a manipulação, visualização e interpretação de acontecimentos mais complexos, é uma das capacidades que o ensino baseado em simulação proporciona, podendo ser estudada na junção entre mundo virtual e real. Este potencial decorre de simulação de casos clínicos na elaboração de cenários que se parecem com situações do dia a dia na área da saúde. Ao experienciarem as simulações, os alunos fortalecem e corrigem seus fundamentos/habilidades anteriormente aprendidos e, no mesmo tempo, projetar novas situações (DOURADO; GIANNELLA, 2014).

Metodologias ativas têm favorecido áreas de cooperação e compartilhamento de saberes, incentivando os estudantes a trabalhar em equipe nas atividades onde o professor não é o único meio de conhecimento, sendo um favorecedor do entendimento da importância sobre a interprofissionalidade (DOURADO; GIANNELLA, 2014).

Dado o devido aporte teórico, este capítulo tem o intuito de demonstrar, explicar e expor a simulação realística desenvolvida pelo grupo PET-saúde Interprofissional – Mafra/SC e enfatizar a importância e benefícios dessa metodologia de ensino.

Dentre tantas metodologias, o grupo PET-Saúde Interprofissionalidade elaborou um show de competências onde a metodologia utilizada foi a simulação realística. A simulação foi conduzida pelos tutores, coordenadores, preceptores e alunos, os quais também desenvolveram a interpretação de papéis. A proposta do caso clínico para simulação realística foi oferecida por uma das tutoras do grupo, onde os alunos elaboraram a organização do evento. A história simulada visava desenvolver ações de saúde para um paciente específico, onde toda equipe trabalhava interprofissionalmente com intuito de conhecer, avaliar, discutir o quadro clínico do paciente e implementar ações assistenciais estratégicas para melhorar a qualidade de vida e o quadro de base.

Tratava-se de uma problematização de um caso clínico onde o paciente era tabagista, portador de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, fazendo o uso de várias medicações. Com alterações nos exames laboratoriais foi indicado ao paciente novas medicações e atividade física. O paciente não deu continuidade nos atendimentos com a equipe multidisciplinar. Ao passar dos anos o mesmo paciente voltou com piora no quadro clínico. Apresentou um relatório do

cardiologista com indicação para realização da cirurgia bariátrica por apresentar riscos cardiovasculares

Os acadêmicos participantes do programa PET Saúde Interprofissionalidade - 149 elaboraram um roteiro para a apresentação da simulação realística, estabelecendo papéis para cada participante, contendo diversas profissões como, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro, psicólogo.

A simulação realística aconteceu após toda organização. Deu início com a abordagem do paciente passando mal em seu domicílio acionando o serviço de urgência e emergência, realizando o procedimento de angioplastia emergencial. Após o pós-operatório a estratégia da saúde da família discute novamente o caso clínico do paciente com toda equipe, compreendendo a situação clínica e considerando a necessidade da realização de uma visita domiciliar, ao se deparar com a residência a equipe encontra um homem, assistindo TV e com maus hábitos de vida.

Ao ser questionado sobre a alimentação, medicações, sono e repouso, a equipe observa a necessidade da construção de um plano terapêutico singular. Ressaltando ao paciente a importância da participação nos grupos terapêuticos disponíveis na Unidade Básica de Saúde, após a explicação o paciente demonstra interesse aos procedimentos ofertados, pois opta por outros métodos terapêutico deixando a cirurgia bariátrica como segunda opção.

Após a visita, a equipe realizou uma reunião, sendo discutido interprofissionalmente um plano terapêutico singular. Nesta reunião alguns pontos importantes foram destacados, como, o luto prejudicando o seu autocuidado, avaliação cardiopulmonar para elaboração de atividades físicas, reabilitação cardiopulmonar, fortalecimento muscular, avaliar o nível de depressão, questões que levam a compulsão alimentar e organização da rotina alimentar.

Após 6 meses da aplicação do plano terapêutico singular obtendo uma boa adesão do paciente, tem-se uma evolução positiva em seu quadro clínico apresenta-se com boas condições de saúde e hábitos de vida saudável. O mesmo dirigiu-se até a Unidade Básica de Saúde para agradecer a equipe todo empenho e comprometimento com sua saúde.

Esta simulação descrita acima foi apresentada para todos os acadêmicos dos cursos de saúde da Universidade do Contestado – UnC, Campus Maфра - Santa Catarina, objetivando mostrar aos futuros profissionais da saúde que o trabalho em equipe traz benefícios aos pacientes. Na apresentação foi abordado a realidade do caso clínico, o foco do problema, fatores associados ao problema, planejamento de ações e soluções para o cuidado com o paciente.

Com essa experiência ficou clara a importância do trabalho em equipe, pois várias profissões trabalhando juntas definem os melhores planos de ações para os usuários, cada um conforme sua profissão colaborando para resultados positivos.

No entanto, por parte do público envolvido, a simulação trouxe uma visão ampliada do cuidado assistencial, uma proposta terapêutica para o usuário, dinâmica de trabalho em equipe interprofissional, manejo correto da educação em saúde. Visto que muitas vezes o profissional apresenta a solução para a queixa apresentada pelo usuário, entretanto muitas vezes não é factível e não representa a realidade, tornando-se uma solução ineficaz.

Por meio de roda de conversa com os participantes que participaram da simulação em que foi avaliado a relevância a simulação realística na graduação registramos a opinião dos participantes sobre os benefícios de terem participado, mesmo como ouvintes, da simulação.

“Ajudar a se preparar para quando realmente for real” (E1).

“Ajuda a gravar melhor as situações” (E2).

“Acredito que essa metodologia pode auxiliar de forma muito positiva na formação dos futuros profissionais, preparando os mesmos para atender diversos tipos de situações de forma qualificada, ou seja, quando se depararem com uma determinada situação, saibam como agir naquele momento” (E3).

“Dá a oportunidade para o acadêmico vivenciar situações das quais talvez não presencie no campo de aulas práticas” (E4).

Outro ponto questionado aos participantes foi a respeito do conhecimento que a simulação gerou e sua relevância para o ensino:

“Perceber na ação como funciona a teoria”.

“A interação entre os profissionais criando benefícios para o paciente em forma de práticas saudáveis”.

“A importância da interprofissionalidade e como ele ocorre na prática”.

“Trabalho em equipe, mudança de hábitos por parte do paciente”.

Compreende-se que constantemente os processos de ensino e aprendizagem se modificam e renovam, com consonância às necessidades de formar profissionais da saúde com proatividade que constantemente se adaptem às mudanças de

trabalho. Portanto a simulação destaca-se como metodologia ativa que possibilita aos estudantes estes meios de ensino e aprendizagem (ALMEIDA, *et al.*, 2018).

É possível notar que, ao apresentar um caso clínico, o professor proporciona ao acadêmico líder da simulação a oportunidade de procurar noções prévias com intuito de empregá-los na solução do problema, permitindo também que os outros acadêmicos incluídos no cenário contribuam na elaboração desse novo aprendizado fundamental à finalização do caso clínico. Além disso, revezar as equipes propicia a todos os alunos o benefício de experienciar os diversos papéis incluídos nos cenários. Dessa forma, professores e alunos fortaleceram o potencial desta metodologia de ensino para o aperfeiçoamento da comunicação e liderança, itens complexos de desenvolver sem a experiência na prática (DOURADO; GIANNELLA, 2014).

Todo contexto abordado é de suma importância para o desenvolvimento acadêmico, sendo ele um avanço para os cursos de graduação e ensino avançado. A Simulação Realística está em consonância com o ensino de aulas práticas. Portanto a simulação traz diversos benefícios como, trabalho interdisciplinar, conduta correta, posicionamento com o paciente, comunicação, liderança, entre outros.

Com o desenvolvimento dessa metodologia ativa de educação e conhecimento que utilizando a simulação realística oferece oportunidades de associar os conhecimentos dos estudantes, colaborando para formar profissionais mais reflexivos e críticos, prontos para a realidade. A simulação realística concedeu a análise de que apesar de valorizada e compreendida como um recurso significativo na formação dos futuros profissionais, necessita-se desenvolver novas pesquisas para contribuir com fundamentos concretos provando seus benefícios perante sua real concentração de conhecimentos, contribuindo e justificando a execução dessa metodologia nos diversos cursos da área da saúde.

Por fim, com os relatos evidenciados, observamos e destacamos os benefícios da metodologia de ensino aplicada pelo Programa PET- saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. R. *et al.* A simulação como estratégia de ensino-aprendizagem em enfermagem: uma revisão integrativa. **RESU: Revista de educação em saúde**, v. 6, n. 2, 2018. Doi: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2018v6i2.p98-105>.
- BELLAGUARDA, M. L. R. *et al.* Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, 2020.
- BRANDÃO, C. F. S.; COLLARES, C. F.; MARIN, H. F. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. **Scientia medica: Educação em Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 24, p. 187-192, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Collares/publication/285137545_A_s_imulacao_realistica_como_ferramenta_educacional_para_estudantes_de_medicina/links/586a2bd608ae8fce4917df12/A-simulacao-realistica-como-ferramenta-educacional-para-estudantes-de-medicina.pdf. Acesso em: 09 jun. 2020.
- COGO, A. L. P. *et al.* Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. SPE, 2019.
- COSTA, R. R. O. *et al.* Percepção de estudantes da graduação em enfermagem sobre a simulação realística. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1799, 1 set. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.425>.
- DOURADO, A. S. S.; GIANNELLA, T. R. Ensino baseado em simulação na formação continuada de médicos: análise das percepções de alunos e professores de um hospital do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 460-469, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/07.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.
- KANEKO, R. M. U.; LOPES, M. H. B. M. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.
- OLIVEIRA, S. N.; PRADO, M. L.; KEMPFER, S. S. Use of simulations in nursing education: an integrative review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 487-495, 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140036>.
- SANINO, G. E. C. O uso da simulação em enfermagem no Curso Técnico de Enfermagem. **Journal Of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, p. 148-151, 2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/247/136>. Acesso em: 23 jun. 2020.
- SILVA, C. V.; SIVIERI, F. J. M; SIVIERI, T.; PACCA, C. C. Cirurgia bariátrica e controle glicêmico: relato de um caso. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 15-17, 19 dez. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.25.3.2018.1234>.

