

Abordagem multiprofissional na Promoção da Saúde: o contexto de olhares, profissional, e do sujeito do cuidar

Multi-professional approach in Health Promotion: from the professional view and the subject of care context

Enfoque multiprofesional en la Promoción de la Salud: el contexto de la percepción profesional y del sujeto del cuidar

Luzia Wilma Santana da Silva
Mauricio Andrade Almeida
Camila Fabiana Rossi Squarcini
Juciara de Santana Silva
Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires
Isabela Gonçalves Novaes

RESUMO: Objetivou-se avaliar a abordagem multiprofissional no contexto do olhar profissional e do sujeito da ação do cuidar de um programa de atividade física regular. Como metodologia, o estudo de método misto, fundamentado no modelo RE-AIM (Reach = alcance, Efficacy = eficácia, Adoption = adoção, Implementation = implementação, Maintenance = manutenção), realizado entre outubro/2015 a agosto/2016, em um município do interior da Bahia, por meio de entrevista semiestruturada com profissionais e pessoas adulto-idosas com doença crônica não transmissível, participantes de um programa de atividade física regular, e inquérito documental em prontuário de saúde. Os resultados evidenciaram os benefícios do trabalho integrador à ação social coletiva em saúde das pessoas, no processo de formação profissional e na melhoria da saúde das pessoas, impactando nos índices pressóricos, de modo à sua diminuição aos níveis limítrofes à promoção da qualidade da saúde e viver humano. Como conclusões: A promoção da qualidade de vida e saúde de pessoas em enfrentamento crônico é alavancada quando exercida através de abordagem multiprofissional e enfoque interdisciplinar, elementos necessários à potencialização de políticas públicas e programas de saúde de impacto à saúde pública.

Palavras-chave: Interdisciplinar; Gestão em saúde; Avaliação de Programa.

ABSTRACT: *Objective: To evaluate the multi-professional approach in the professional view and the subject of care contexts of a regular physical activity program. Methodology: Mixed method study, based on RE-AIM (Reach = Efficacy = Adoption = Implementation = Maintenance), carried out between October, 2015 and August, 2016, in the countryside of Bahia, through a semi-structured interview with professionals and adult-elderly people with a chronic non-communicable disease, participants of a regular physical activity program, and review of medical records. Results: They showed the benefits of integrating work to the collective social health approach in people's health, in professional training and in the improvement of people's health, impacting blood pressure indexes, so as to reduce them to levels that promote quality of health and human life. Conclusions: The promotion of quality of life and health of people living with a chronic disease is improved when performed with a multi-professional and interdisciplinary approach, which are necessary elements to the improvement of public policies and health programs that impact public health.*

Keywords: *Interdisciplinary; Health Management; Program Evaluation.*

RESUMEN: *Objetivo: Evaluar el enfoque multiprofesional en el contexto de la percepción profesional y del sujeto promotor del cuidar de un programa de actividad física regular. Metodología: Estudio de método mixto, basada en el modelo RE-AIM (Reach = alcance, Efficacy = eficacia, Adoption = adopción, Implementation = implementación = Maintenance = mantenimiento), que se realizó entre octubre / 2015 a agosto / 2016, en un municipio del interior de Bahía, por medio de una entrevista semiestructurada con profesionales y personas adultas mayores con enfermedad crónica no transmisible, participantes de un programa de actividad física regular e investigación documental en prontuario de salud. Resultados: evidenciaron los beneficios del trabajo integrador a la acción social colectiva en salud de las personas, en el proceso de formación profesional y en la mejora de la salud de las personas, impactando en los índices presóricos, de modo a su disminución a los niveles limítrofes a la promoción de la calidad de la salud y vivir humano. Conclusiones: La promoción de la calidad de vida y salud de personas en enfrentamiento crónico es impulsada cuando se ejerce a través de un enfoque multiprofesional y enfoque interdisciplinario, elementos necesarios para la potenciación de políticas públicas y programas de salud de impacto a la salud pública.*

Palabras clave: *Interdisciplinario; Gestión en salud; Evaluación de Programa.*

Introdução

A população mundial tem passado por modificações no perfil etário, correspondentes às condições socioeconômicas e sanitárias, entre outras, elevando a expectativa de vida, sobretudo nos países em desenvolvimento (Martins, Schier, Erdmann, & Albuquerque, 2007). Neste cenário, insere-se o Brasil, cuja expectativa de vida estimada é de 81,29 anos, para 2050 (IBGE, 2010).

A expressividade em número de pessoas adulto-idosas, embora reflita a evolução tecnológica em saúde e em qualidade de bens e consumo, também evidencia outra dimensão, qual seja, a do acometimento deste grupo etário por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estritamente relacionadas ao declínio natural do envelhecimento, sobretudo aos hábitos de vida atitudinais adotados, aliados ao sedentarismo, alimentação inadequada, estresse, mercado competitivo de trabalho, entre uma multivariada de outros fatores impactadores à incidência de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, câncer, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias (Barreto, 2013). São todas de doenças de tratamento contínuo, incuráveis, de alta exigência aos padrões de cuidado, elevado custo de tratamento, tanto para o sistema público quanto para o privado, bem como para a pessoa e família em *com-vivência* com o enfrentamento crônico. Outros sistemas incluem o previdenciário e econômico, neste particular com maior impacto aos países em desenvolvimento, como o Brasil.

No contexto brasileiro houve um avultamento de ações no direcionamento da promoção da saúde e prevenção da alta incidência de DCNT e mortalidade precoce de adulto-idosos, tomadas a partir do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis’, sendo previsto o alcance da meta—redução da mortalidade a 2%, até 2022 (MS, 2011). Tratou-se de lançar luz sobre o impacto da mortalidade por DCNT no cenário brasileiro e ascender o Sistema Único de Saúde (SUS) na correta e precisa corrida ao envelhecimento saudável.

Nesse direcionamento, o plano de ações estratégicas apresentado para a década prevê expansão da Atenção Básica (AB), melhoria da assistência da equipe atuante nos programas da AB, academias de saúde, farmácia popular e capacitação na formação profissional para abordagem multifocal e dimensional à saúde humana (Velloso, 2000).

As demandas de saúde, nesta perspectiva, evidenciam como indispensável a percepção do pensar-agir interdisciplinar para a promoção e manutenção da qualidade de saúde da população, o avanço do desenvolvimento científico e tecnológico, em táticas que objetivem concretizar o trabalho com qualidade e eficácia (Velloso, 2000).

A interdisciplinaridade move-se no alcance de vencer os dilemas acarretados por uma sedimentação do conhecimento – o pensar fragmentador –, que ainda se confirma na formação e produz limites no pensar-agir de muitos profissionais (Patáro, & Bovo, 2012), o que limita o conhecimento de problemas complexos e determinantes destas doenças, tornando, por vezes, mais difícil o controle e prevenção.

Ultrapassar tais limites tem se mostrado como uma busca constante em muitos cenários à promoção da saúde e integralidade das ações aos saberes-fazeres contributivos à formação do *ser* profissional e ao benefício do trabalho em coletividade (Carpes, *et al.*, 2012). Um exemplo disso encontra-se nos estudos do norte-americano Russell Glasgow e sua equipe, que desenvolveram, no final da década de 90, um modelo de avaliação chamado RE-AIM*, à guisa de contribuir no auxílio a pesquisadores e gestores no desenvolvimento do planejamento e na avaliação de programas, abrangendo tanto o nível individual (população-alvo) quanto organizacional (provedor do programa), de modo a minimizar lacunas entre a pesquisa e a prática, maximizando o impacto das intervenções no âmbito da saúde pública (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999; Benedetti, *et al.*, 2014).

Este método de avaliação RE-AIM pode ser aplicado em diversas esferas, como em critérios para avaliação de programas de promoção de atividade física, alimentação saudável e diminuição de peso, sendo recentemente traduzido e adaptado culturalmente para o contexto brasileiro, acendendo possibilidades de ampliação do olhar sobre a gestão e planejamento em saúde (Almeida, Brito, Estabrooks, 2013).

Assentados nesta concepção de avaliação de programas de saúde, e conscienciosos, à luz de evidências científicas, e da eficácia do RE-AIM, perseguiu-se como objetivo geral desta pesquisa avaliar a abordagem multiprofissional no contexto do olhar profissional e do sujeito da ação do cuidar de um programa de atividade física regular, tendo como objetivos específicos: averiguar a abordagem interdisciplinar no cuidado de pessoas adulto-idasas com DCNT do programa, e conhecer, a partir da percepção destes participantes e profissionais envolvidos nas ações do programa, se a abordagem interdisciplinar é efetiva à promoção da saúde.

* RE-AIM - a sigla são as iniciais de: Reach = alcance, Efficacy = eficácia, Adoption = adoção, Implementation = implementação, Maintenance = manutenção. Trata-se de um modelo de avaliação de programas, que ocorre em níveis diferentes (individual, organizacional e populacional) que se interagem, a fim de avaliar o potencial ou o real impacto que um determinado programa tem para a população e para a saúde pública. As dimensões: alcance (o quão este programa atinge a população-alvo, qual sua característica, e qual a característica do grupo participante); eficácia (diz respeito ao resultado final da intervenção do programa); adoção (proporção e perfil da equipe); implementação (o quão o programa foi fiel à proposta inicial) e manutenção (quanto tempo o programa permanece após sua implementação).

Olhar para tais objetivos nos permite enxergar que a relevância desta pesquisa está em desvelar os saberes-fazeres profissionais na interseção do sujeito da ação do cuidar à potencialidade do cuidado humano, em globalidade e inteireza, e a maximização do viver saudável e feliz na fase do ciclo vital envelhecimento.

Método

Estudo de método misto (Creswell, 2010), com ênfase no enfoque qualitativo, descritivo e exploratório, vinculado à pesquisa “guarda-chuva”: Programa de Exercício Físico para Pessoas com Hipertensão Arterial e seus Familiares: avaliação com base no modelo RE-AIM, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié, BA (CAEE n.º 27221414.3.0000.0055). Realizado em um núcleo interdisciplinar de cuidados à saúde de uma instituição de ensino superior pública, no interior da Bahia, no período de outubro/2015 a agosto/2016. Compuseram a amostra da pesquisa profissionais e pessoas adulto-idosas em enfrentamento por DCNT (participantes do Núcleo), selecionados por meio de sorteio. Tratou-se de numerar cada prontuário clínico dos participantes cadastrados no referido Núcleo (um total de 79 prontuários), e sortear, aleatoriamente, em bloco de cinco em cinco elementos, até o alcance da saturação dos dados. Concernente à equipe de profissionais atuantes no Núcleo, o sorteio se deu por classe profissional (total de nove classes), seguindo o critério de saturação de dados, o que foi alcançado com a amostra composta por dez participantes e nove profissionais.

A coleta de dados abrangeu entrevista semiestruturada, com perguntas abertas em profundidade para ambos os grupos pesquisados, profissionais e pessoas adulto-idosas. O instrumento versou sobre dois eixos: identificação da percepção dos profissionais da ação intervencionista em saúde e dos participantes sujeitos do cuidado sobre a abordagem multiprofissional e o imbricamento interdisciplinar.

As entrevistas foram gravadas individualmente, utilizando gravador de voz do *iPhone 5*. As falas foram transcritas e analisadas imediatamente à sua realização, processo no qual se buscava identificar as proximidades e distanciamento dos discursos, à guisa da identificação de categorias e subcategorias preliminares à cartografia das categorias finais em um processo recursivo e cíclico de saturação e compreensão dos dados, ao alcance da análise avaliativo-compreensiva, seguindo a orientação de Miles e Huberman (Miles, & Huberman, 2002).

Este processo se deu em transversalização com os dados oriundos dos prontuários dos participantes, referente ao comparativo dos índices pressóricos do mês de admissão no Núcleo ao mês de encerramento da coleta de dados da pesquisa no “Programa de Exercício Físico para Pessoas com Hipertensão Arterial e seus Familiares: avaliação com base no modelo RE-AIM”. Cada mês de atividade no Programa corresponde a doze sessões cuidativas, seguindo o protocolo de realização de exercício físico regular do Núcleo: três dias por semana, com intervalo de 24 horas e duração de 50 minutos, com controle de pressão arterial, pré- e pós-exercícios, por equipe técnica em saúde, acompanhado de registro em ficha clínica e prontuário dos participantes. Foi considerado o tempo de cadastramento dos participantes igual ou superior a vinte e quatro meses de permanência mínima no Núcleo, tendo em observância a ficha clínica de controle dos níveis de pressão arterial.

Os dados oriundos dos marcadores pressóricos (quantitativos) foram processados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0[®]. Para determinar a média e o desvio-padrão dos valores e, posteriormente, a análise inferencial para a qual foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk – avaliar a normalidade, não constatado normalidade dos dados –, para o que se empregou o teste não paramétrico de Wilcoxon.

Este estudo seguiu a Resolução do Ministério da Saúde n.º 466/2012 (MS, 2012). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo o estudo iniciado após sua anuência. No estudo são nominados como participante e profissional seguindo-se o número de realização das entrevistas.

Todos os materiais oriundos dos instrumentos de coleta de dados foram armazenados, de forma a respeitar os princípios do anonimato dos participantes envolvidos na pesquisa, no arquivo documental do Núcleo de Pesquisa, ao qual o estudo está vinculado.

Resultados

O modelo RE-AIM evidencia-se como um modelo de ação avaliativa, propulsor de boas práticas ao gerenciamento e planejamento de programas que venham incentivar uma adesão defensível, além da adoção de medidas que tenham eficácia dentro da conjuntura sociocomunitária, à qual um programa esteja inserido, desenvolvendo-se em cinco dimensões: alcance, efetividade ou eficácia, adoção, implementação e manutenção (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999).

No assentimento deste modelo nas tabelas 1 e 2, observam-se a avaliação de duas dimensões: *implementação* e *manutenção*, oriundas da percepção dos participantes sobre o impacto do trabalho da equipe técnica do Programa de Atividade Física Regular no Núcleo.

Tabela 1. Diferenciação do impacto do trabalho da equipe técnica, profissionais, do Programa Atividade Física Regular

EQUIPES	RUIM	REGULAR	BOM	EXCELENTE
Enfermagem				100%
Fisioterapia				100%
Farmácia				100%
Educação Física				100%
Pedagogia			20%	80%
Psicologia		40%	20%	40%
Teatro	20%		60%	20%
Sistema da Informação		20%	40%	40%
Artes Cênicas			20%	80%

Fonte: Arquivo dos autores da pesquisa. Ago/2016.

Da pergunta aberta realizada na entrevista sobre a percepção dos participantes no trabalho desenvolvido pela equipe, constatou-se elevado grau de satisfação à assistência desenvolvida, destacando as áreas da enfermagem, fisioterapia, farmácia e educação física, com 100% de grau de excelência, seguidas pelas áreas de pedagogia, psicologia e artes cênicas, que tiveram conceitos de bom a excelente, entre 20 a 80% respectivamente, e as áreas de Artes Cênicas – teatro – e sistema de informação, que somaram, ambas, 80% entre a avaliação de boa a excelente.

Entretanto, houve ainda avaliações entre ruim a regular nas ciências teatro, sistema da informação e psicologia. A análise compreensivo-interpretativa desse achado remete à observação dos participantes de tratar-se de modalidades em fase de replanejamento de suas ações no período de coleta de dados da pesquisa, impactando na exiguidade do plano de trabalho ao grupo de participantes assentados em fatores de ordem espaço-estrutural.

Tabela 2. Diferenciação da equidade do Programa Atividade Física Regular

SEGMENTAÇÃO	RUIM	REGULAR	BOM	EXCELENTE
Acolhimento				100%
Atuação da Equipe				100%
Objetivo do Programa				100%

Fonte: Arquivo dos autores da pesquisa. Ago/2016.

Na segmentação dos fatores acolhimento, atuação da equipe e objetivo do Programa, tabela 2, observam-se respostas unânimes dos participantes – sujeitos do cuidado e equipe multiprofissional –, no conceito excelente, 100% de satisfação.

Na dimensão *efetividade*, tabela 3, observa-se redução significativa ($p < 0,05$) dos marcadores pressóricos: a pressão arterial sistólica passou de 134 ($\pm 5,16$) mmHg no momento de ingresso dos participantes no Programa, para 118 ($\pm 9,19$) mmHg no momento de fechamento de dados da pesquisa (24 meses após). A pressão diastólica também apresentou redução significativa, passando de 88 ($\pm 6,32$) mmHg para 76 ($\pm 5,16$).

Tabela 3. Níveis dos marcadores pressóricos dos participantes do Programa Atividade Física Regular – somatório de 28 meses, mar/2014 e jul/2016

PARTICIPANTE	DADOS PRESSÓRICOS (mmHg)			
	MÊS DE INGRESSO		MÊS DE FECHAMENTO DE DADOS DA PESQUISA	
	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica
P01	130	80	100	70
P02	130	90	120	70
P03	140	90	130	80
P04	130	80	120	80
P05	130	90	120	80
P06	130	100	110	80
P07	140	90	120	80
P08	130	90	130	70
P09	140	90	120	70
P10	140	80	110	80
Média (\pm desvio-padrão)	134 ($\pm 5,16$)	88 ($\pm 6,32$)	118 ($\pm 9,19$)*	76 ($\pm 5,16$)*

Fonte: Arquivo do programa. Dados de mar/2014 e jul/2016, em que * comparação com o momento de ingresso na pesquisa, no qual $p < 0,05$.

Discussão

A literatura é profícua em destacar que a assistência, no âmbito da saúde, deve acontecer por meio do envolvimento de profissionais dos diversos campos de conhecimento, aninhados na construção de saberes compartilhados (Velloso, 2000), os quais devam configurar-se como uma práxis de abordagem interdisciplinar e intersetorial, cujo foco central consolide os princípios de equidade e integralidade à sua funcionalidade. Porquanto, a troca de saberes promove o estreitamento das fronteiras interdisciplinares ao benefício coletivo, o qual, realizado dialogicamente entre as partes, promove o avultamento do saber à concretude do *ser* do cuidado e a satisfação profissional.

Sobre isso, foi identificada neste estudo, nas falas dos participantes, a percepção que tiveram do trabalho realizado no Programa de Atividade Física Regular, referente ao *ser-fazer* à interdisciplinaridade – *“Trabalham integrado, por isso tem vários estudantes aqui, cada um vai ser um doutor de um tipo, mas aqui cuidam tudo junto da gente”* (Participante 8). E também: *“[...] todo trabalho aqui é ótimo, diferente dos outros lugares”* (Participante 6).

Neste direcionamento, há de se pensar em três dimensões, que projetam o sentido do conceito de disciplinas, que possam revelar a tripla condição do conceito de interdisciplinaridade *“enquanto fenômeno cognitivo, analisado em termos epistemológicos, heurísticos e históricos; enquanto configuração escolar, analisável em termos de teoria curricular e de inovação pedagógica; enquanto caso particular das relações saber/poder que interessa quanto à sociologia da ciência como à dos pequenos grupos e das instituições”*(Pombo, 2004).

Deste pensar/agir, um sistema de saúde em que o diálogo entre os pares é perceptível à luz do olhar dos usuários da ação multiprofissional, que se mostre em essência do ser-saber-fazer com evidências: *“[...] Eles fazem o trabalho junto, mas cada um fica em um lugar. Tem conversa entre eles, tem vez, a gente tá na atividade e eles conversam, [...] porque cada um sabe de uma coisa.”* (Participante 1).

As falas exemplificam a importância do trabalho multiprofissional e do diálogo como ferramenta de planejamento e gestão dos cuidados, o que também foi perceptível na visão dos profissionais envolvidos no Programa, referente à assistência multiprofissional no enlace interdisciplinar, como se verifica nos discursos:

“[...] Uma assistência prestada por toda uma equipe, não apenas por um profissional [...] com o intuito de beneficiar o usuário.” (Profissional 02).

“[...] Uma assistência voltada para a totalidade do sujeito, não apenas da demanda física, mas, sim, na amplitude de sua existência, proporcionando um olhar amplo que abrange várias áreas.” (Profissional 06).

A ação do trabalhador em saúde no enfoque interdisciplinar amplia-se, alcançando a desejada intersetorialidade, quão a integralidade e equidade do *ser*, que, por seu turno, reflete uma ação planejada e avaliada segundo resultados esperados, como enfoca o modelo RE-AIM. No contexto deste estudo, os profissionais nele atuante explicitaram essa importância, a exemplo do discurso:

“[...] Isso é um fator fantástico dentro do Programa, ter uma equipe multidisciplinar com metodologia interdisciplinar. Ele possibilita que os ramos do conhecimento se estendam, quando há a troca de conhecimentos no fenômeno interdisciplinar, possibilitando a realimentação desse conhecimento após as trocas. Isso tudo gera um novo tipo de conhecimento, onde uma única pessoa não é a portadora exclusiva do conhecimento, os profissionais passam a ter uma visão alotrópica.” (Profissional 07).

Essa visão alotrópica que surgiu no relato da profissional origina-se da palavra grega *allos*, muito utilizada para descrever fenômenos químico-biológicos cujos elementos distintos encontram-se em um ponto de ligação comum. O emprego desta palavra no discurso possibilita o entendimento de uma prática em que o olhar para o sujeito não é fragmentado, demandando uma ação ampla, consolidativa da interdisciplinaridade existente no Programa.

A percepção da interdisciplinaridade encontra eco neste estudo em muitos discursos além do ‘sujeito da ação do cuidar’, ratificada nas falas dos participantes em multivariados momentos das entrevistas, como um tipo de assistência diferenciada da exclusiva multiprofissional: *“[...] o trabalho é junto, vocês fazem tudo para ver o bem da gente, todos os estudantes e professores juntos, não importa se é de enfermagem ou de fisioterapia ou de educação física ou outra área.” (Participante 10).*

Como resultado deste trabalho de abordagem interdisciplinar, foram observados no Programa os reflexos de seu impacto na redução dos níveis pressóricos dos participantes, enunciados na tabela 3, impactando na redução da prescrição da dosagem de anti-hipertensivos, comprovadamente registradas em prontuário clínico dos participantes, dado que contribuiu para a melhoria da qualidade de saúde, podendo ainda ser aludido como elevação da qualidade de vida relacionada ao bem-estar físico-emocional.

Também foi ressaltado nos discursos: *“Antes eu tinha um inchaço aqui nessa perna (referindo-se à perna direita) e, depois que eu dei pra vim, melhorou, dei para fazer alongamento caminhada de lá para cá, daqui pra lá. Então, eu melhorei bastante, não sinto dor, eu procurei aqui e ele resolveu meus problemas como eu esperava, foi até melhor.”* (Participante 1); e também, *“[...] melhorei bastante e mudou as coisas que eu fazia, agora tenho aqui para exercitar e distrair além de vocês cuidar de mim.”* (Participante 6). Ainda o reflexo na percepção da autoimagem corporal, como dito: *“[...] entrei aqui com 86 kg e estou com 80 kg! Foi até melhor do que pensei.”* (Participante 8).

Esse melhor viver humano com qualidade de saúde, descrito anteriormente, ajuíza igualmente o critério de avaliação proposto pelo modelo RE-AIM, *Alcance*, como destacado na fala: *“Eu encontrei uma boa melhora, para me distrair, fazer atividade. Gosto das coisas porque, muitas vezes, é melhor do que eu achava que seria, quando soube do Programa por uma vizinha que já participava.”* (Participante 5).

A difusão de informações pelos participantes em seu meio de pertencimento – inter-relacional e vizinhança –, sobre o Programa e os benefícios alcançados, comprova a dimensão *Alcance* de um programa proposto pelo modelo RE-AIM, evidenciando que a intervenção está atingindo a população-alvo.

Entretanto, o conhecimento sobre o tema multiprofissional e interdisciplinar ainda não se encontra aninhado aos saberes coletivos, mesmo em um núcleo de abordagem interdisciplinar, cumprindo destacar que, entre os profissionais, evidenciaram-se entendimentos diferenciados, com modelos mentais que confundem multidisciplinaridade com interdisciplinaridade. Esta constatação fez-nos refletir sobre o processo formador e a dificuldade que as pessoas ainda têm de separar os prefixos *multi* e *inter*. Assim, dentre as falas dos profissionais entrevistados, identificamos uma, na qual há confusão entre as terminologias. Sobre isso, a literatura da junção complexificadora, destaca que a abertura de fronteiras do saber ainda terá muito a caminhar para ultrapassar o paradigma fragmentador (Pombo, 2004). Esta concepção fragmentadora impacta na conduta profissional nos seus *quefazeres*, o processo de trabalho interdisciplinar, tornando a jornada difícil, pois, tanto o profissional quanto o sujeito de sua ação do cuidar não obtêm, no cuidado dispensado, a percepção de um cuidar aglutinador de saberes à inteireza e globalidade.

De forma que o ajuizar: *“As terminologias multidisciplinar e interdisciplinar possuem o mesmo conceito, porém, tem-se preferência ao vocábulo ‘interdisciplinar’”* (Profissional 03), não encontra aderência a um sistema de saúde de multidimensionalidade, no qual os princípios de integralidade, equidade e unicidade devem fazer parte da prática e discurso de seus executores.

No entanto, quando se percorre a via da junção dos saberes (Profissional 09), ao enunciar que a interdisciplinaridade “*Consolida-se em uma metodologia necessária e essencial, visto que a formação profissional [...] ofertada academicamente ainda é individualista e limitada*”, está mais acertadamente no direcionamento da integração recíproca dos saberes e do crescimento coletivo.

Destarte, a compreensão que podemos obter desta fala é de que se trata de trilhar por uma adoção de conduta ético-moral que inclua a interdisciplinaridade como valor político-social que, em nosso entendimento, impactará diretamente na dimensão *Adoção*, descrita no modelo RE-AIM – dimensão que avalia como está a organização de um programa, suas características, diferenças e barreiras encontradas (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999).

Neste estudo, encontraram-se também relatos da importância dessa abordagem para a formação de futuros profissionais, a exemplo do discurso: “*O Núcleo possibilita desde a graduação aos alunos experimentarem a vivência multiprofissional, além do trabalho interdisciplinar, já que na nossa grade de formação não nos é assegurada.*” (Participante 02).

Observa-se uma percepção que lança luz sobre o processo formativo e as demandas acadêmicas em ensino-pesquisa-extensão de perspectiva integradora, cujos projetos caminhem à integralidade do *ser* contributiva às políticas públicas de saúde e sociocomunitárias, objetivando a promoção do viver humano com qualidade. Essa importância foi também reafirmada em outros discursos:

“Alguma coisa não está certa nessa assistência que encontramos. Os gestores implantam projetos para combater DCNT, mas não fazem certo. Tudo muito superficial! Se os indivíduos tivessem programas como este, para prestar uma assistência adequada e integral prevista nas políticas ajudariam muito. Beneficiando a população em geral, não apenas uma comunidade.” (Profissional 01).

“[...] Muitas vezes, as ações profissionais estabelecidas nos programas pelas políticas públicas é muito fragmentada, se programas como esse fossem assegurados por elas, a assistência seria integral e ampla.” (Profissional 06).

Nesses discursos, observa-se que a dimensão mais impactada nesta pesquisa é a *Adoção*, segundo o modelo RE-AIM. Do que se nos apercebe que a ação integradora terá maior alcance quanto maior for a população assistida.

Neste particular, e ao olhar para o Programa de Atividade Física Regular, avaliado nesta pesquisa, ousamos inferir que localmente existiu magnitude das ações em alcance, eficácia, adoção, implementação e manutenção. Contudo, a olhar para a dimensão regional e ampliar essa capacidade de olhar para outras dimensões no âmbito de programas de saúde, ainda visualizamos uma longa trajetória; portanto, agimos localmente e, por assim ser, a limitação deste estudo se mostra neste aspecto. Entretanto, com o desejo de que experiências como a apresentada possam ter alcance de agir mais globalmente, destacando, sobretudo, o contexto brasileiro, no qual o Ministério da Saúde enuncia que o cuidado à pessoa em enfrentamento crônico precisa seguir um modelo que promova suporte ao autogerenciamento, o qual deve permear por processos de ensino-aprendizagem imbricadores da cultura e da educação (MS, 2011).

A esse direcionamento de abertura novo-paradigmática à formação educacional perspectivadora do sujeito da ação do cuidado em seu meio social relacional de imbricamento a abordagem sistêmica (Bertalanffy, 2010; Vasconcellos, 2002), em que a educação problematizadora e complexificadora como enunciada por estudiosos da educação como Darcy Ribeiro (1995), Paulo Freire (1995), entre outros, possa estar no cotidiano da formação para o cuidado humano.

Conclusão

Assentados na concepção de avaliação de programas de saúde e conscienciosos, à luz das evidências científicas da eficácia do modelo RE-AIM, avaliamos a abordagem multiprofissional no contexto do olhar profissional e do sujeito da ação do cuidar de um programa de atividade física regular, sendo possível constatar que a promoção da qualidade de vida e saúde de pessoas adultas em enfrentamento crônico é alavancada, quando exercida através da abordagem interdisciplinar.

Os resultados encontrados neste estudo lançam luz ao panorama atual de saúde em nosso meio, evidenciando que as políticas públicas, se aninhadas a esse pensar, poderão promover um impacto maior de suas ações à saúde pública.

Referências

- Almeida, F.A., Brito, F.A., & Estabrooks, P. A. (2013). Modelo RE-AIM: Tradução e adaptação cultural para o Brasil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 1(1), 01-16. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/602>.
- Barreto, M. L. (2013). Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. [on-line]. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, (2), 97-120. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books, <http://books.scielo.org>.
- Benedetti, T. R. B., Schwingel A., Chodzko-Zajko W., Meurer S. T., Brito F. A., Almeida F. A. (2014). RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 17(2), 295-314. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/21745-55790-1-SM.pdf>.
- Bertalanffy, L. von. (2010). *Teoria Geral dos Sistemas*. Trad.: Francisco M. Guimarães. (5ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Carpes, A. D., Santos, B. Z., Moraes, C. D., Backes, D. S., Martins, J. S., & Krause, L. M. F. (2012). A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. *Disciplinarum Scientia*, 13(2), 145-151. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/999-3071-1-PB.pdf>.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Freire, P. (1995). *A construção do conhecimento*. São Paulo, SP: Olho d'Água.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM. Framework. Washington (EUA): *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10474547>.
- IBGE. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sinopse do censo demográfico 2010* [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm.
- Martins, J. J., Schier, J., Erdmann, A. L., & Albuquerque, G. L. (2007). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 10(3), 371-382.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. (2002). *Qualitative Researcher's*. London, England: Sage Publications, 2, 40-98.
- MS. (2011). Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

- MS. (2013). Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (Conep). *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Pátaro, R. F. & Bovo, M. C. (2012). A Interdisciplinaridade como possibilidade de diálogo e trabalho coletivo no campo da pesquisa e da educação. *Revista NUPEM*, 4(6), 45-63. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: <http://www.fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/viewFile/191/160>.
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: ambições e limites*. Lisboa, Portugal: Relógio d'Água.
- Ribeiro, D. (1992). *A Fundação do Brasil. Testemunhos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vasconcellos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. (4ª ed.). Campinas, SP: Papirus.
- Velloso, C. (2000). Equipe Multiprofissional de Saúde. Belo Horizonte, MG: *Revista E.F.*, 17(1), 24-26. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: <http://www.cehmob.org.br/wp-content/uploads/2016/09/Equipe-multiprofissional-de-saude.pdf>.

Recebido em 07/09/2018

Aceito em 30/09/2018

Luzia Wilma Santana da Silva - Enfermeira. Professora MS, Ph.D. em Enfermagem, Titular do Depart. de Saúde II/Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de pesquisa: Família em seu Ciclo Vital. Coordenadora do Programa de Extensão e Ação Continuada Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas, NIEFAM.

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

Mauricio Andrade Almeida - Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela UESB. Membro voluntário do Programa NIEFAM. Ex-bolsista de Iniciação Científica UESB-2015-2016/ Programa NIEFAM.

E-mail: mauricio_aandrade@hotmail.com

Camila Fabiana Rossi Squarcini - Educadora Física. Professora Dra. Adjunto do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC. Membro do Programa NIEFAM.

E-mail: csquarcini@gmail.com

Juciara de Santana Silva - Enfermeira. Professora MSc. Assistente do Departamento de Saúde II/UESB. Colaboradora do Programa NIEFAM e do projeto de Pesquisa "Programa de Treinamento Físico para Pessoas com Hipertensão, Pessoas com Diabetes e seus Familiares"/ Programa NIEFAM.

E-mail: jucyara.santana@hotmail.com

Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires - Enfermeira. Professora Especialista Auxiliar do Departamento de Saúde II/UESB. Colaboradora do Programa NIEFAM e do Projeto de Pesquisa "Programa de Treinamento Físico para Pessoas com Hipertensão, Pessoas com Diabetes e seus Familiares"/Programa NIEFAM.

E-mail: eulinapires@gmail.com

Isabela Gonçalves Novaes - Fisioterapeuta. Graduada em Fisioterapia pela UESB. Ex-bolsista de Iniciação Científica FAPESB no Programa NIEFAM, período 2015-2016.

E-mail: isabela.gnovaes@hotmail.com