



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE, UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO, PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO, PPGDC**

**INTERDISCIPLINARIDADE EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF): ESTUDO NA CIDADE-SEDE DA 4ª REGIONAL
DE SAÚDE DO PARANÁ**

IRATI, PR

2015

VANIA SCHMITT

**INTERDISCIPLINARIDADE EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF): ESTUDO NA CIDADE-SEDE DA 4ª REGIONAL
DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daiana Novello

Co-Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro

IRATI, PR

2015

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

S355i SCHMITT, Vania.
Interdisciplinaridade em estratégia de saúde da família (esf): Estudo na cidade -
sede da 4ª regional de saúde do Paraná : Vania Schmitt. – Irati, PR : [s.n], 2015.
58f.
Orientadora: Profª. Drª. Daiana Novello
Co-Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento
Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná.
1. Saúde Pública – dissertação. 2. Irati (cidade) - Paraná. 3. Pesquisa bibliométrica.
4. Educação. I. Novello, Daiana. II. Carraro, Emerson. III. UNICENTRO. IV. Título.
CDD 20 ed. 614.98162



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

VANIA SCHMITT

INTERDISCIPLINARIDADE EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): ESTUDO NA CIDADE-SEDE DA 4ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Dissertação aprovada em 25/09/15 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daiana Novello

Instituição: UNICENTRO

Prof.^a Dr.^a Maria Elda Garrido

Instituição: Faculdade Campo Real

Prof.^a Dr. Evani Marques Pereira

Instituição: UNICENTRO

Guarapuava, 25 de setembro de 2015

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

*Dedico este trabalho à minha família,
Por tudo que fizeram por mim, e por todo o incentivo nesta jornada.
Dedico também à Luana, que percorreu este caminho comigo.*

De certa forma, este trabalho também é de vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradecer também faz parte da oração... Primeiramente agradeço à Deus, que esteve sempre abençoando minha caminhada!

Agradeço aos meus pais Lourdes e Celso, que sempre acreditaram na minha trajetória, incentivaram e apoiaram minhas decisões... Além de suportarem minha ausência neste período, pois sabiam que era necessário e também o melhor para meu futuro profissional.

À minha irmã Vanessa, meus sobrinhos Alexandre e Ágata, que tornaram os intervalos desta caminhada mais alegres! Aos meus padrinhos Inês e Armando, por todo apoio!

À Luana, que durante todo este período esteve ao meu lado, nos momentos bons e ruins, sempre tentando me ajudar, me apoiando e amparando. Meu sincero agradecimento, por tudo que tem feito por mim e por tudo que ainda virá ao seu lado!

À minha orientadora, professora Dra. Daiana Novello, por todo o conhecimento compartilhado neste período, por todo auxílio e compreensão nos momentos difíceis, e por ter me guiado durante esta trajetória! Meu muito obrigada!

Aos colegas do PPGDC, pelos momentos de descontração e troca de angústias no decorrer das disciplinas do mestrado. Neste período fiz amizades que pretendo levar para a vida toda.

À Faculdade Campo Real, meu local de trabalho, que me apoiou na realização do mestrado. Local que me proporcionou crescimento profissional e onde pude perceber que estou no caminho certo ao buscar o aprimoramento na docência.

Aos gestores e profissionais das Estratégias de Saúde da Família da cidade de Irati-PR, onde a pesquisa foi realizada. Sem a participação de cada um, este trabalho não teria sido possível.

À Fundação Araucária, Secretaria de Saúde do Paraná (SESA-PR), Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) pela aprovação e financiamento do projeto “Diagnóstico e promoção da interdisciplinaridade em Estratégias de Saúde da Família (ESF) da 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná” na chamada do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão

Compartilhada em Saúde (PPSUS) (edição 2012).

À equipe do projeto “Diagnóstico e promoção da interdisciplinaridade em Estratégias de Saúde da Família (ESF) da 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná”, principalmente à Luana Bernardi pelo auxílio nas coletas de dados.

Aos professores membros da banca, pelas contribuições para a melhoria desta dissertação.

*“Ao cuidar de uma doença, você pode ganhar ou perder.
Ao cuidar de uma pessoa, você sempre ganha”
(Hunter Doherty)*

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	viii
LISTA DE TABELAS	x
RESUMO GERAL	xi
GENERAL ABSTRACT	xii
INTRODUÇÃO GERAL	1
Referências Bibliográficas	3
OBJETIVOS	5
Objetivo geral	5
Objetivos específicos	5
CAPÍTULO 1 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	7
1.1 Interdisciplinaridade	7
1.1.1 Conceito	7
1.1.2 Interdisciplinaridade em saúde pública	8
1.1.3 Técnicas para a promoção do trabalho interdisciplinar	9
1.2 Desenvolvimento comunitário	10
1.2.1 Conceito de comunidade	11
1.3 Promoção à saúde	12
1.3.1 Desenvolvimento comunitário por meio da promoção da saúde	13
1.4 Políticas governamentais: trabalho em saúde na comunidade.....	14
1.4.1 Histórico	14
1.4.2 Programas atuais de atenção básica	16
1.5 4ª Regional de Saúde no Paraná	18
1.5.1 Regionalização do Estado do Paraná	18
1.5.2 Irati – Cidade sede	19
Referências bibliográficas	20
CAPÍTULO 2 - INTERDISCIPLINARIDADE NAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE-SEDE DA 4ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL	26
Resumo	27
Abstract	28
1. INTRODUÇÃO	28
2. MATERIAL E MÉTODOS	31
2.1 Tipo de pesquisa	31
2.2 Aspectos éticos	31
2.3 Campo de estudo	31
2.4 Público alvo	32
2.5 Diagnóstico do trabalho interdisciplinar.....	32
2.6 Promoção do trabalho interdisciplinar	33
2.7 Análise estatística	34
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4. CONCLUSÃO	43
AGRADECIMENTOS	44
REFERÊNCIAS	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
ANEXOS	51
APÊNDICES	56

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
AEIN	Ação educativa interdisciplinar
CIRHER	Centro Integrado de Reabilitação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PROESF	Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais, Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SESA-PR	Secretaria de Saúde do Paraná
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em saúde bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão em Regionais de Saúde no Estado do Paraná e abrangência da 4ª Regional de Saúde.....	18
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF), segundo as variáveis: idade, gênero, escolaridade, pós-graduação, profissão, tempo de exercício profissional e tempo de trabalho na instituição, Irati, PR, Brasil, 2015.....	34
Tabela 2. Percepção dos profissionais e análise bivariada em relação à presença de interdisciplinaridade nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), considerando-se as variáveis sociodemográficas, formação profissional e tempo de exercício profissional, Irati, PR, Brasil, 2015.....	36
Tabela 3. Prevalência das respostas obtidas pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), após a realização da ação educativa interdisciplinar (AEIN), Irati, PR, Brasil, 2015.....	39
Tabela 4. Prevalência das respostas obtidas pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de acordo com a profissão, após a realização da ação educativa interdisciplinar (AEIN), Irati, PR, Brasil, 2015.....	41

RESUMO GERAL

O objetivo principal deste trabalho foi diagnosticar e promover o conhecimento sobre a interdisciplinaridade nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, a cidade de Irati. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliométrica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), visando obter as informações sobre o número de unidades com equipes de ESF na cidade. Após esta etapa, foi aplicado um questionário validado para diagnosticar a interdisciplinaridade nas unidades. Uma ação educativa interdisciplinar foi realizada por meio da metodologia da roda de conversa e auxílio de um álbum seriado, a qual visava aumentar o conhecimento de informações conceituais sobre o trabalho interdisciplinar. Para verificar os resultados obtidos com esta ação educativa, foi aplicado um questionário validado para analisar a satisfação dos participantes em relação à intervenção. Para análise estatística foram utilizados os testes de qui-quadrado e exato de Fisher, além da regressão logística para avaliar a associação das variáveis e o entendimento da existência do trabalho interdisciplinar nas equipes. Participaram da pesquisa 41 indivíduos de uma população total de 44 profissionais cadastrados no CNES. Observou-se que apesar da maioria (87,8%) dos profissionais afirmar a existência do trabalho interdisciplinar, não houve diferença estatística entre as variáveis avaliadas. No entanto, em relação ao conhecimento prévio sobre o tema abordado na ação educativa, constatou-se que os profissionais de nível superior possuem maior entendimento sobre o assunto que os de nível médio/ técnico ($p=0,012$). A ação educativa apresentou avaliação positiva pelos participantes, porém, ressaltaram que as informações recebidas teriam contribuição mediana em sua atuação profissional, devido a algumas dificuldades apontadas: falta de profissionais e de capacitações nas equipes sobre o trabalho interdisciplinar. Conclui-se que, no geral, os profissionais avaliados relatam ter conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar, além de afirmarem realizar esta prática apesar das dificuldades relatadas. Sugere-se que novas ações governamentais sejam realizadas com intuito de ampliar as equipes e promover ações de educação em saúde.

Palavras-chave: Atenção básica. Saúde pública. Saúde da família.

GENERAL ABSTRACT

The main objective of this study was to diagnose and promote knowledge about interdisciplinary teams in the Family Health Strategy (FHS) for the host city of the^{th4} Regional Paraná State Health, the city of Irati. It was performed a bibliometric research in National Register of Health Establishments (NRHE), in order to obtain the information about the number of units with FHS teams in the city. After this step, a questionnaire was applied validated to diagnose the interdisciplinarity in the units. An interdisciplinary educational action was carried out by means of the methodology of the wheel of conversation and a album show, which aimed to increase knowledge of conceptual information about interdisciplinary work. To verify the results obtained with this educational activity, a questionnaire was applied validated to analyze the satisfaction of participants in relation to the intervention. For statistical analysis we used the chi-square and Fisher exact test, apart from logistic regression to assess the Association of variables and understanding of interdisciplinary work in teams. Forty-one individuals participated in the research of a total population of 44 professionals registered in the NRHE. It was observed that although the majority (87.8%) of professionals assert the existence of interdisciplinary work, there was no statistical difference between the evaluated variables. However, in relation to prior knowledge on the topic discussed in educational activity, it was found that the top-level professionals have greater understanding about the subject than the middle-level technical (p=0.012). The educational action presented positive evaluation by participants, however, stressed that the information received would have median contribution in their professional activity, due to some difficulties pointed out: lack of professional skills in interdisciplinary work teams. It is concluded that, overall, the professionals evaluated report having knowledge about the interdisciplinary work, in addition to claiming this practice despite the difficulties reported. It is suggested that new governmental actions are carried out in order to extend the teams and promote health education initiatives.

Key-words: Primary Care. Public Health. Family Health.

INTRODUÇÃO GERAL

Atualmente, a concepção de saúde deixou de ser apenas a ausência de doenças. Seu entendimento passa por inúmeros aspectos da vida humana, os quais promovem o bem estar nas dimensões física, mental e social. É um equívoco afirmar que uma pessoa se encontra saudável apenas por não apresentar sintomas de alguma doença. Nesse sentido, se o indivíduo apresentar hábitos prejudiciais à manutenção da saúde, como o sedentarismo e o tabagismo, ou fatores como o estresse e a composição corporal, não pode ser considerado uma pessoa saudável (COSTA JUNIOR et al., 2013). Partindo deste conceito, é crucial propor ações de promoção da saúde por meio da capacitação dos membros da comunidade, visando uma atuação que favoreça melhorias na qualidade de vida e de saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A saúde está intimamente ligada às condições de vida, assim, a proposta de promoção da saúde demonstra que é impossível que um profissional trabalhe sozinho. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de parcerias para desenvolver ações ampliadas de saúde, baseadas nos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que são: integralidade, equidade, universalidade e participação social (RODRIGUES; SILVA, 2010).

O Ministério da Saúde propôs em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), tendo em vista a reorientação das ações de saúde, destacando práticas de educação e promoção da saúde. A proposta do programa estimulava um conhecimento ampliado da população, em que as informações pudessem auxiliar no conhecimento das reais condições de vida e o seu impacto sobre o processo de saúde-doença (ALVES; AERTS, 2011). Em 2006, o PSF foi reestruturado em Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o intuito de reformular o modelo de atenção à saúde, fortalecendo o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2006).

No Brasil, a saúde coletiva é marcada pelo compromisso político com a redução das desigualdades em saúde e seu caráter interdisciplinar (VILLELA, 2009). Porém, Cardoso e Nascimento (2010) apontam dificuldades para a construção da interdisciplinaridade na saúde, como a relação do saber-poder disciplinar, que aprisiona o conhecimento em compartimentos e a formação especialista dos profissionais. Neste aspecto, algumas pesquisas têm demonstrado que a interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde, atuantes na ESF, é essencial para que a assistência aos usuários da saúde pública seja realizada de forma eficaz (FURTADO, 2007; MIRANDA et al., 2012; SILVA et al., 2012).

As práticas em saúde vêm demonstrando que poucas equipes trabalham sob estes conceitos (BORGES et al., 2012; SOUZA, 2011). O contato dos membros da equipe de saúde com as demandas populacionais os colocam diante da impotência em dar respostas por meio dos procedimentos técnicos rotineiros e fragmentadores. Fato que se deve à complexidade do objeto da saúde, pois estas necessidades ultrapassam o âmbito para o qual os trabalhadores foram tradicionalmente preparados: o corpo biológico como objeto de trabalho e a centralização das ações nos atos médicos (LOCH-NECKEL et al., 2009). Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo diagnosticar e promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de ESF da cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Destaca-se que esta pesquisa faz parte do projeto “Diagnóstico e promoção da interdisciplinaridade em Estratégias de Saúde da Família (ESF) da 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná”, aprovado na Chamada 04/2013 do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS (edição 2012), financiado e apoiado pela Fundação Araucária, Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Secretaria de Saúde do Paraná (SESA-PR) e Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná.

Esta dissertação está dividida em dois capítulos. No Capítulo 1 será abordada a revisão bibliográfica e contextualização do tema de estudo. No Capítulo 2 será apresentado um artigo científico produzido com os resultados obtidos na pesquisa.

Referências Bibliográficas

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011.

BORGES, M.J.L. et al. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.147-156, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 200p.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1509-1520, 2010.

COSTA JUNIOR, G.R. et al. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. **Revista Amazônia**, v.1, n.1, p.33-40, 2013.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.239-255, 2007.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1463-1472, 2009.

MIRANDA, L. et al. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1563-1583, 2012.

RODRIGUES, A.T.; SILVA, K.L. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.762-769, 2010.

SILVA, L.M.S. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.2, p.789-794, 2012.

SOUZA, R.A. **As relações interpessoais entre os profissionais de uma unidade de saúde da família, no distrito sanitário IV, Município do Recife**. 2011. 48p. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2011.

VILLELA, W. et al. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.997-1006, 2009.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Diagnosticar e promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de ESF da cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a forma de trabalho e as relações das equipes de ESF através de consulta bibliométrica;
2. Diagnosticar o trabalho interdisciplinar entre os profissionais de saúde atuantes nas ESF;
3. Realizar ações educativas visando promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes das ESF.

CAPÍTULO 1
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Interdisciplinaridade

1.1.1 Conceito

O termo interdisciplinar é conceituado como a relação de intensidade das trocas de conhecimentos entre especialistas de diferentes áreas. Entretanto, deve-se considerar o grau de integração das disciplinas que representam dentro de um mesmo projeto (JAPIASSU, 2006).

Para melhor compreensão da interdisciplinaridade é importante conhecer alguns conceitos individuais: a) disciplina é considerada um conjunto sistêmico e organizado de conhecimentos com características próprias e afins de uma determinada área, sendo que disciplinas separadas podem apresentar junções por processos, com objetivos e características distintas, como, por exemplo, a multi e pluridisciplinaridade; b) o termo multidisciplinar é conhecido quando há o agrupamento de disciplinas propostas simultaneamente, mas não há cooperação entre elas, cada uma mantendo seus objetivos próprios; c) a pluridisciplinaridade, se caracteriza também pela junção de disciplinas específicas, porém existem relações de cooperação entre elas, contudo, é um processo desordenado e sem um fim específico que coordene esta ação (IRIBARRY, 2003; JAPIASSU, 2006).

A diferença entre a pluri e interdisciplinaridade ocorre, principalmente, nas trocas de conhecimento, que devem acontecer no conceito interdisciplinar, promovendo um objetivo comum às disciplinas envolvidas. Assim, para se atingir o processo da interdisciplinaridade, faz-se necessário integrar os núcleos de diversas disciplinas, por meio de cooperação e coordenação, visando superar as fronteiras disciplinares, para que no final, haja uma interação curricular (JAPIASSU, 2006).

Para ocorrer o trabalho interdisciplinar é necessário um exercício coordenado de equipe, em que as disciplinas envolvidas sejam modificadas, a fim de estudar um mesmo objeto em diversos ângulos. Nesse aspecto, é importante que os métodos e conceitos a serem seguidos sejam definidos previamente, promovendo trocas de conhecimento e integração entre disciplinas que sejam conexas, atingindo objetivos múltiplos (SILVA; FEITOSA,

2007). Destaca-se que o processo interdisciplinar é o grau mais avançado de relação entre as disciplinas, se for analisado o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, se estabelecem relações menos verticais entre as diferentes disciplinas, que passam a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, utilizando conceitos em comum. Deve-se perceber que, nesta perspectiva, não ocorre simples justaposição ou complementação entre os elementos disciplinares. Descreve-se sim, uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de trocas entre os campos profissionais em torno de uma tarefa a ser desempenhada em conjunto (FURTADO, 2007).

1.1.2 Interdisciplinaridade em saúde pública

O conceito de interdisciplinaridade é visto na área da saúde como a “integração real de disciplinas acadêmicas e de profissões para a criação de um conhecimento novo a respeito de um problema complexo” (SOMMERMAN, 2012). No entanto, Peduzzi e Palma (1996) afirmam que a interdisciplinaridade pode ser confundida com uma configuração fragmentada de equipe de saúde, como uma justaposição alienada de trabalhos, em que cada parcela se apresenta de maneira autônoma e independente. Não é por acaso que as equipes de trabalho em saúde são comumente denominadas de equipes multiprofissionais, mas não interdisciplinares. Pois de fato, o prefixo “multi” remete a junção de trabalhos realizados por agentes de diferentes qualificações, enquanto o prefixo “inter” significa uma conexão e integração considerando cada um dos trabalhos com sua importância e aportes teóricos e práticos. Não se trata apenas de designações diferentes, mas das possibilidades reais de coordenação e de cooperação do trabalho coletivo.

O trabalho coletivo multidisciplinar em saúde, se bem administrado, pode se tornar interdisciplinar, sendo um exercício muito exigente. Este encontro de concepções não ocorre de maneira natural, deve ser construído de forma paciente por toda a equipe. Para que isto seja realizado, é preciso que os profissionais aprendam a observar a si quando vê o outro e ao mesmo tempo, é necessário ver o outro quando se olha para si próprio (SILVA; SANTOS, 2006).

Atualmente, a interdisciplinaridade é entendida como um recurso que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa e satisfação do usuário do serviço de saúde pública. Mas, para que seja possível, é necessária a diversificação da equipe com a inserção de profissionais com conhecimentos teórico-metodológicos, de forma a integrar o

conhecimento clínico e epidemiológico com o social, como uma nova alternativa para o modelo vigente de atenção à saúde (CORRÊA, 2013).

Apesar das inúmeras dificuldades, o trabalho interdisciplinar, se realizado de acordo com o preconizado, traz inúmeros benefícios, tanto para a equipe, como para a população atendida. Em um estudo de Teixeira et al. (2012), realizado na cidade de Cafezal, MG, acadêmicos de graduação vivenciaram o trabalho interdisciplinar em um projeto da Universidade Federal de Minas Gerais juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde. Os alunos participaram de uma equipe multiprofissional que atuava de forma interdisciplinar, melhorando o processo ensino-aprendizagem para uma futura atuação. Outra pesquisa aplicada por Rodrigues et al. (2010), relata um processo de educação permanente em saúde para uma equipe de profissionais, atuante em unidade básica para atenção integral e humanizada às pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Como metodologia, foi construído um programa de oficinas educativas que tinha o objetivo de modificar e reorientar a prática da equipe de saúde. Todas as práticas eram organizadas para integrar os indivíduos, fortificando o comprometimento profissional e desenvolvendo a consciência de grupo. O intuito principal era valorizar a interdisciplinaridade entre a universidade, o serviço de saúde e a comunidade. Este intercâmbio e análise de informações favoreceram a aprendizagem multiprofissional e interdisciplinar.

1.1.3 Técnicas para a promoção do trabalho interdisciplinar

Na saúde pública, o atendimento ao usuário é destinado às necessidades físicas, emocionais e sociais, o que remete a um alto grau de complexidade. Podem estar relacionadas também com questões tecnológicas; com diversas categorias profissionais, que integram as equipes e que devem ser complementares; com as relações interpessoais de trabalho; com a necessidade de personalização do atendimento e; principalmente, ao reconhecimento de que nenhuma categoria profissional consegue responder a todas as demandas de forma isolada. Dentro das equipes de saúde, o que se observa é que questões como respeito e parceria profissional são ainda muito complexas e se enquadram na dimensão do desejável (ALVES, 2005). Neste sentido, faz-se necessário que os profissionais sejam capacitados constantemente para o trabalho interdisciplinar.

O exercício da interdisciplinaridade tem sido discutido, porém, pouco difundido na literatura. Dentre os poucos trabalhos documentados, Bispo (2013) avaliou o conhecimento

e a prática interdisciplinar em ESF's de Maceió, AL, constatando resultados insatisfatórios. Visando melhorar esta problemática nas equipes do município, propôs uma abordagem teórica e prática sobre o tema. Previamente foram apresentados materiais científicos sobre o trabalho interdisciplinar (em forma de aula expositiva e discussão de artigos). Em seguida, foram organizados grupos que deveriam praticar as ações no atendimento à comunidade. Ao final da intervenção, os resultados foram apresentados para o grupo de profissionais, a fim de promover uma troca de experiências e enriquecer a prática interdisciplinar.

Outro modelo empregado para a promoção do trabalho interdisciplinar é a utilização das rodas de conversa. Esta metodologia apresenta certa informalidade, a qual representa um espaço democrático de aprendizagem. Propicia a inclusão e cooperação de todos os participantes na discussão do tema abordado (FIGUEIREDO et al., 2010). Mandrá e Silveira (2013) utilizaram esta abordagem em indivíduos que aguardavam atendimento no Centro Integrado de Reabilitação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (CIRHER), SP, em 2011. O tema abordado foi a “Roda de Conversa: estratégia para promoção da saúde fonoaudiológica”. Após a intervenção, os participantes foram convidados a responder um questionário de avaliação da prática educativa desenvolvida. Constatou-se que o índice de satisfação com as rodas de conversa foi muito positivo nesta população (73,8%). Assim, foi possível concluir que as rodas de conversa são capazes de produzir uma discussão eficaz para sensibilizar os participantes.

1.2 Desenvolvimento comunitário

O termo desenvolvimento comunitário remete a um processo destinado a melhorar as condições de vida, em nível social, econômico e político de um país ou de determinada localidade. Tem o intuito de capacitar a população para que possa contribuir em seu processo de desenvolvimento (SANTOS, 2002; GÓMEZ et al., 2007). Neste contexto, a comunidade pode ser desenvolvida por técnicas sociais, que incluem a participação da população de forma democrática e ativa, a fim de promover o ser humano, mobilizar recursos humanos e instituições para o planejamento e execução de programas voltados à melhoria da qualidade de vida (SILVA, 2013).

Programas que visam o desenvolvimento comunitário podem operar em dois níveis, nacional (resolução de uma necessidade comum ao país) ou local (voltado a uma comunidade específica, com tempo de ação limitado). Nos dois níveis existem técnicos

especializados apoiando a população, capacitando-a para causar uma ação em consciência com a realidade. Porém, as Nações Unidas reconhecem como componente essencial para o desenvolvimento comunitário a participação ativa dos membros da comunidade (SANTOS, 2002; GÓMEZ et al., 2007).

1.2.1 Conceito de comunidade

O desenvolvimento do indivíduo humano, no sentido mais amplo, contempla as atividades da sociedade organizada, do outro generalizado. Geralmente, é apenas quando o indivíduo adota as atitudes do grupo social a que pertence que se tornará uma pessoa completa. O conceito de pessoa remete à personalidade, porque pertence a uma comunidade, incorporando as instituições da mesma (NOGUEIRA, 2007).

Uma comunidade é caracterizada como um sistema de vida, onde há combinação de diferentes necessidades, interesses, expectativas e motivações que estão relacionados à visão de desenvolvimento (SILVA, 2013). No entanto, Gómez (2007), compreende comunidade como “uma entidade social e espacial determinada por um território, pelos seus habitantes, por uma estrutura social e códigos culturais singulares”. O termo comunidade remete à ideia de algo positivo, como sendo um lugar cálido e seguro, em que os indivíduos se refugiam dos riscos e da imprevisibilidade de suas vidas (BAUMAN, 2003). Desde as décadas de 1940/50, a ideia de comunidade não esteve tão em alta como nos tempos atuais (FERREIRA et al., 2012; PILGER et al., 2013; GHISI et al., 2013; RAMOS et al., 2013; SANT’ANNA et al., 2011). Com destaque, a área das Ciências da Saúde vem demonstrando grande interesse no assunto (VIEIRA, 2011).

O termo específico "comunidade" é entendido como pertencente à sociedade civil, devendo os demais atores políticos (Estado e mercado) promover ações de desenvolvimento. Assim, os programas que promovem o auxílio à pobreza devem ser substituídos por outras abordagens, que sejam centradas na comunidade, permitindo uma participação mais democrática, além de trazerem resultados mais eficazes. A formação de comunidades enfatiza o espírito de iniciativa e o cultivo do capital social, como meio de proporcionar renovação econômica em bairros de baixa renda. O combate à pobreza requer uma injeção de recursos econômicos, que só serão efetivos se forem aplicados no apoio à iniciativa local (GIDDENS, 1999).

1.3 Promoção à saúde

Ao se referir à promoção da saúde, tem-se a ideia de um desenvolvimento e da implementação de planos de ação que resolvam os problemas de saúde de uma comunidade. Mas, para que isto de fato ocorra, é necessário inicialmente conhecer os problemas reais do local; depois traçar metas que possam resolvê-los; para, então, implementá-las; e por fim, monitorar de forma sistemática para avaliar a eficácia das medidas traçadas, ou caso não tenham atingido seus objetivos, modificá-las (OLIVEIRA, 2014).

Promover a saúde é uma estratégia de articulação entre a gestão, assistência e a população, enaltecendo os fatores que colocam em risco a saúde da população. Além disso, perceber os territórios e culturas presentes nos diferentes espaços geográficos brasileiros, a fim de criar mecanismos para a redução de situações que causem vulnerabilidade. Também, incorporar a participação social no desenvolvimento das ações de saúde, promovendo o empoderamento social dos atores da comunidade, utilizando-o como fator determinante para reduzir os agravos à saúde (OLIVEIRA, 2014) e organizar a atenção e o cuidado. Envolve ao mesmo tempo ações e serviços que atuem sobre os efeitos do adoecer, melhorando as condições de vida e favorecendo a capacidade de escolha por parte dos sujeitos e coletividades. Dando a eles a opção de uma escolha saudável, diante de reflexões extraídas de suas próprias realidades. Após essa compreensão, nasce a possibilidade de transformação da comunidade (CUNHA et al., 2009).

Considerando-se os programas nacionais de promoção da saúde, as ações devem ser direcionadas de acordo com as diferentes realidades encontradas nas comunidades. Ao contrário do que, geralmente, se encontra nas produções científicas nacionais, em que se retrata com maior destaque os programas de saúde, muitas vezes, esquecendo as necessidades vivenciadas pelas comunidades, gerando dados que não condizem com a realidade (OLIVEIRA, 2014).

A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e sua manutenção. Seu desenvolvimento ocorre por meio de práticas democráticas e participativas, buscando o trabalho em equipe dirigido a populações de territórios delimitados, onde se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica em que vive a população local. Esta equipe trabalha com o objetivo

de resolver os problemas mais frequentes e relevantes de saúde, que ocorrem no determinado território. Os profissionais são o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, devendo atuar considerando os princípios de acessibilidade, universalidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a).

1.3.1 Desenvolvimento comunitário por meio da promoção da saúde

Na Carta de Ottawa (BRASIL, 2001), foram traçados cinco eixos que levam à promoção da saúde: reorientação dos serviços de saúde, construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reforço da ação comunitária. Neste documento, sendo de abrangência internacional, percebe-se que desde o século XX já havia uma expectativa de criação de uma saúde pública inclusiva (LOPES et al., 2010).

Na década de 1970, para contornar a crise que afetava o setor de saúde, ganhou importância no país um novo modo de gestão das políticas de saúde: o modelo comunitário. Assim, a participação da comunidade com a inserção dos agentes de saúde na equipe de atendimento era considerada como uma forma dos setores mais pobres conseguirem aproveitar seus próprios recursos, visando superar a pobreza. Desta forma, priorizou-se a atenção básica considerando que com ações simples e preventivas, por meio de uma triagem no atendimento, poderiam ser reduzidos custos com tratamentos desnecessários evitados a partir desta abordagem (VIEIRA, 2011). Estes agentes de saúde são pessoas leigas da comunidade, o que tira o foco principal do médico. Este novo profissional foi escolhido por ter um potencial transformador, formando um elo articulador dos programas com as demandas populares pelo trabalho comunitário (LIMA; BRAGA, 2006).

Atualmente, as ações de promoção da saúde ainda são rudimentares no SUS. Mesmo com toda a teoria definida sobre a promoção e o trabalho interdisciplinar, o atendimento ainda se baseia em um modelo tradicional de saúde centralizado no médico. Tendo como princípio a busca por especialidades e ações curativas na maioria das unidades de saúde. Sabe-se que os agentes comunitários de saúde estão aptos a colaborar com as pessoas e, conseqüentemente, com as comunidades no desenvolvimento de habilidades e do saber crítico em cuidar da saúde. Porém, este trabalho ainda não é totalmente reconhecido pelos gestores públicos, visto que estes profissionais têm sua ação distorcida, buscando apenas

cumprir metas numéricas de atendimento, sem considerar a necessidade de equidade. O trabalho adequado desta categoria evitaria a sobrecarga do sistema de saúde e fortaleceria o trabalho interdisciplinar em equipe (FRACOLLI et al., 2014).

1.4 Políticas governamentais: trabalho em saúde na comunidade

1.4.1 Histórico

No Brasil, enquanto havia a luta do Movimento da Reforma Sanitária e outros movimentos populares para a redemocratização do país, teve início a construção de uma nova política de saúde. Foi consolidada em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, também conhecida como “Constituição Cidadã”, por garantir formalmente como dever do Estado vários direitos dos cidadãos, dentre eles, o direito à saúde. O arranjo organizacional elaborado para executar essa nova política foi constituído no SUS, regulamentado pela lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e complementado pela lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), as quais definiram os princípios e diretrizes norteadores para as ações em saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

A legislação sobre o SUS descreve os fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde em geral da população. Dentre eles, estão a alimentação, moradia, saneamento básico, condições do meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Além disso, relaciona os níveis de saúde e a organização do país, tanto no plano social quanto econômico. Este processo aponta para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas sim a uma vida com qualidade (MORETTO, 2008). Dentre os princípios organizacionais do SUS estão: a integralidade, universalidade, equidade, direito à informação e preservação da autonomia das pessoas; enquanto as diretrizes estabelecidas são: intersetorialidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária. O SUS está dividido em três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), responsáveis por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

Antes da efetivação do SUS em 1990, já existiam alguns modelos de atenção primária no Brasil visando superar o modelo médico assistencial privatista. Estas novas perspectivas influenciaram a organização dos serviços de saúde, servindo de referência para a construção do novo modelo assistencial adotado em 1994, o PSF. Em 2006, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), este Programa foi alterado passando a ser

chamado de ESF. Esta alteração consolidou a proposta em atividades estruturadoras do modelo de Atenção Primária, além de redirecionar as prioridades de ações em saúde, concretizando os princípios organizativos do SUS. A mudança no nome se deve ao fato de que a ESF transcende limitações temporais inerentes à definição de um programa de saúde. Esta nova conformação demonstra que a ESF objetiva estruturar todo o sistema público de saúde, não apenas de forma temporária (BRASIL, 2006a; ANDRADE et al., 2008).

Mesmo após 25 anos da sua instituição, o SUS apresenta inúmeros desafios a serem alcançados. Entretanto, alguns avanços já são reconhecidos como a ampliação do acesso às ações de saúde, tanto na atenção básica quanto em níveis mais complexos de atendimento. Apesar disso, insatisfações podem ser percebidas em manifestações populares recentes (MENDES; BITTAR, 2014).

Atualmente, são desenvolvidas reflexões sobre a complexidade da gestão da saúde no Brasil, que abrange temas variados, como as necessidades de saúde da comunidade, questões culturais, financeiras, políticas, organizacionais, científicas/tecnológicas, educacionais e, também, de formação de recursos humanos. Estas situações dificultam o bom atendimento ao público, no entanto, existe um grande conjunto de informações e experiências realizadas por equipes de saúde, que podem auxiliar na superação destes problemas. Outro fato é a elaboração de propostas de aperfeiçoamento do SUS para obter o acesso e a qualidade necessários à população (MENDES; BITTAR, 2014).

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, observou-se a necessidade da articulação entre equipe de saúde e a comunidade, a fim de promover a saúde. Nesta pesquisa foi avaliada a percepção de enfermeiros atuantes em ESF sobre sua interação com a comunidade, por meio de uma pesquisa qualitativa exploratória, constituída de entrevistas semiestruturadas, com o intuito de compreender a problemática destes profissionais. Os resultados demonstraram que houve melhoria na confiança da população em relação ao trabalho dos enfermeiros. Foi observado, também, que os pacientes buscam auxílio não apenas em situações curativas, mas principalmente, nas preventivas. Segundo os autores, os resultados foram percebidos efetivamente após o trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe, principalmente a realização do diagnóstico da comunidade, que visava atender às necessidades locais, seguindo os preceitos da integralidade (SANT'ANNA et al., 2011).

Lanzoni et al. (2009) avaliaram a eficiência de oficinas educativas para agentes

comunitários de saúde (Florianópolis, SC), sendo abordado o tema "direitos dos usuários do SUS". Neste estudo, foram elaboradas estratégias baseadas no modelo de trabalho interdisciplinar que viabilizassem uma ação efetiva sobre o cotidiano da comunidade, apresentando soluções para situações de risco à saúde. Como resultados foram verificados efeitos positivos, por exemplo: a) melhoria no serviço dos profissionais dispostos a assimilar os conceitos repassados nas oficinas e; b) maior senso crítico voltado ao empoderamento a respeito dos direitos e deveres dos usuários do SUS. Assim, os autores concluíram que a ação interdisciplinar colabora para que o atendimento à população se torne mais equitativo e integral, de acordo com os preceitos do SUS.

1.4.2 Programas atuais de atenção básica

Atualmente, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do governo federal, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída para o desenvolvimento e consolidação do SUS, conta com várias ações, programas e estratégias para atendimento básico à comunidade. Exemplos destas atividades são: Academia da Saúde, Amamenta e Alimenta Brasil, Bolsa Família, Brasil Sorridente, Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família, e-SUS Atenção Básica, Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Melhor em Casa, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais, Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Requalifica UBS (Unidades Básicas de Saúde), Rede Cegonha, Programa Saúde na Escola (PSE), Telessaúde, Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) e Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2014).

Partindo do pressuposto que a atenção básica representa o primeiro contato da comunidade com o sistema de saúde, a ESF é uma das primeiras vias para este acesso da população. Sua forma de trabalho, além de reafirmar vários princípios do SUS, tem como foco três aspectos básicos: unidade familiar, trabalho em equipe e o território (comunidade); visando o cuidado integral e continuado, estabelecendo um vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade (MANOEL, 2012). Estes aspectos tornam a ESF um dos principais focos de atuação em saúde coletiva em nível nacional, o que demonstra sua importância e justifica a abordagem de unidades que atendem a estes requisitos na presente pesquisa.

A equipe da ESF é denominada multiprofissional, devendo obrigatoriamente ter no mínimo um médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2006a). A descrição do seu processo de trabalho prevê uma atuação interdisciplinar, baseada no compartilhamento do planejamento, divisão de tarefas, cooperação e colaboração entre a equipe, possibilitando a criação de um espaço de interação democrática entre os atores, seus saberes e práticas, necessidades e interesses (FEUERWERKER; SENA, 1999), beneficiando a população atendida.

O padrão de atendimento da ESF é consolidado devido ao fato da família ser o eixo principal de trabalho, tendo como foco a qualidade de vida e as relações entre as equipes de saúde e a comunidade. Modelo este que rompe com os vigentes até então, visto que a hegemonia biomédica mostrou ser incapaz de resolver as demandas da sociedade (MEDEIROS et al., 2007, SANCHEZ et al., 2008, CAVALCANTI et al., 2010).

A ESF objetiva reorganizar a prática assistencial, removendo o indivíduo do centro das atenções para realocar a família como foco em seu contexto sociocultural, retratando desta forma as necessidades locais. O que se observa é uma implantação multifacetada da ESF. Somam-se as distintas realidades em nível socioeconômico e as estruturas familiares em diferentes municípios, visando enfrentar as complexidades nos sistemas locais de saúde. O Programa pretende o uso de práticas e saberes consolidados, a fim de configurar a Saúde da Família em um nível local, respeitando todas as particularidades da comunidade (PATROCÍNIO, 2012).

Dentro dos parâmetros estipulados para as ESF, atualmente, todos os profissionais são responsáveis pelo cuidado das famílias de uma determinada área geográfica. Também, devem oferecer cuidados na unidade de saúde e nos domicílios, além dos espaços comunitários, onde esperam-se ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos das já existentes, reabilitação, recuperação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

Ao serem indagados sobre sua percepção acerca da inserção efetiva e ativa nas realidades das famílias, profissionais atuantes em ESF relatam que sua atuação transforma e é transformada na comunidade em que se inserem. Assim, reconhecendo a possibilidade de promover o desenvolvimento social e ampliar as oportunidades das pessoas no processo saúde-doença. Ainda, justificam que apesar da prática não ser linear e pontual, se traduz em

não realizados nas microrregiões; b) atender urgências e emergências, de acordo com as respectivas complexidades e grau de competência e; c) ofertar, além dos serviços disponíveis nas microrregiões de sua área de abrangência, as seguintes especialidades: Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular, Neurologia, Nefrologia, Urologia, Proctologia, Psiquiatria, Dermatologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Geriatria/Gerontologia, Endocrinologia, Cirurgia Pediátrica. Também, devem oferecer os seguintes procedimentos e exames complementares: Patologia Clínica Especializada, Radiologia Especializada, Eletroencefalografia, Endoscopia, Mamografia, Terapia Renal Substitutiva, Anátomo-patologia, Retossigmoidoscopia, Eco-Doppler (PARANÁ, 2009).

1.5.2 Irati – Cidade sede

A cidade de Irati está localizada na Macrorregião Campos Gerais, contendo apenas uma Microrregião. A 4ª Regional de Saúde é composta por nove municípios, sendo eles: Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares (Figura 1) (PARANÁ, 2009). Apresenta um total de 170.310 habitantes, sendo que 59.339 são provenientes da cidade de Irati, representando 34,84% da população (IBGE, 2015).

A cidade apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,726, caracterizando alto desenvolvimento humano, considerando que este indicador é calculado com dados referentes à saúde, renda e educação. A população apresenta predominância de faixa etária igual ou superior a 25 anos de idade (33.705 pessoas) (IBGE, 2015).

Dados referentes ao número de estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) revelam a importância da cidade no cenário da saúde regional, que contém 152 estabelecimentos cadastrados, o que demonstra também, uma ampla cobertura de especialidades. No total, existem 14 equipes de ESF na 4ª Regional de Saúde, sendo que 5 estão localizadas na cidade sede. Esse número corresponde a 35,71% do total de equipes da regional, justificando a escolha da cidade para a representação na pesquisa, visto que é o local em que acontece o maior número de atendimentos em saúde (DATASUS, 2014).

As 5 unidades de ESF da cidade de Irati são separadas em unidades rurais e centrais. As rurais são o Centro Social Rural Guamirim, Centro Social Rural Gonçalves Junior e o

Centro Social Rural Vila São João. Já, as centrais são o Posto de Saúde Adhemar Vieira de Araújo e a Unidade de Saúde Rio Bonito (BRASIL, 2013).

Referências bibliográficas

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.783-836.

BACKES, D.S. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1151-1157, 2012.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 141p.

BISPO, E.P.F. **Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na estratégia de saúde da família**. 2013. 46 p. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelecimento de Saúde do Município: Irati**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=411070&NomeEstado=PARANA. Acesso em: 15 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação/>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. 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. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação/>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 200p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006b. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Novembro de 1986. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 19p.

CAVALCANTI, Y.W. et al. Motivações, práticas e percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho na Atenção Básica de João Pessoa – PB. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF**, v.15, n.3, p.230-34, 2010.

CORRÊA, M.E.S. et al. A importância da interdisciplinaridade do trabalho com a família na saúde. In: Mostra Científica e Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 2013, Lages, SC. Anais da 16ª Mostra Científica e 15ª Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Revista Uniplac**, v.1, n.1, p.1, 2013.

CUNHA, R.R. et al. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n.1, p.170-176, 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 05 mar. 2014.

FERREIRA, V.S. et al. PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.147, n.36, p.147-151, 2012.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Revista Olho Mágico**, v.5, n.18, p.5-6, 1999.

- FIGUEIREDO, M.F.S. et al. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.1, p. 117-121, 2010.
- FRACOLLI, L.A. et al. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.3, p.919-927, 2014.
- FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.239-255, 2007.
- GHISI, F. et al. Satisfação da comunidade em relação à assistência prestada pela equipe da estratégia da saúde da família. **Revista Inova Saúde**, v.2, n.1, p.93-110, 2013.
- GIDDENS, A. **A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da socialdemocracia**. Rio de Janeiro: Record, 1999. 176p.
- GÓMEZ, J.A.C. et al. **Educação e desenvolvimento comunitário local. Perspectivas pedagógicas e sociais da sustentabilidade**. Porto: Profedições, 2007. 358p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@Paraná**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- IRIBARRY, I.N. Aproximações sobre transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p.483-490, 2003.
- JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar: e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. 240p.
- LANZONI, G.M.M. et al. Planejamento em enfermagem e saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.17, n.3, p.430-435, 2009.
- LIMA, J.C.F.; BRAGA, I.F. **Projeto memória da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Lateps/Observatório dos Técnicos em Saúde, 2006. 109p.
- LOPES, M.S.V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.3, p.461-468, 2010.

MANDRÁ, P.P.; SILVEIRA, F.D.F. Satisfação de usuários com um programa de roda de conversa em sala de espera. **Audiology Communication Research**, v.18, n.3, p.186-193, 2013.

MANOEL, R.A. **Coordenar ou gerenciar equipes? O processo grupal como possibilidade para o trabalho coletivo nas equipes de saúde da família**. 2012. 238p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB / UNESP, Botucatu, 2012.

MEDEIROS, C.L.A. et al. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.379-88, 2007.

MENDES, J.D.V.; BITTAR, O.J.N. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.16, n.1, p.35-39, 2014.

MORETTO, C. C. **Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico**. 2008. 123p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – PUC-Campinas, Campinas, 2008.

NOGUEIRA, E.E.S. Símbolo e Identidade Organizacional – Função da figura ou imagem conceitual. **Revista de Administração Contemporânea**, v.1, n.2, p.81-96, 2007.

OLIVEIRA, E.S. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde e a prática de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.8, n.3, p.735-741, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA). **Plano diretor de regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA, 2009. 139p.

PATROCÍNIO, S.S.S.M. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro**. 2012. 155 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B. et al. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.235-250.

PILGER, C. et al. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.213-220, 2013.

RAMOS, M.J.M. et al. Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE. **Cadernos ESP**, v.7, n.2, p.53-65, 2013.

RODRIGUES, A.C.S. et al. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.531-537, 2010.

SANCHEZ, H.F. et al. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.523-531, 2008.

SANT'ANNA, C.F. et al. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.3, p.341-347, 2011.

SANTOS, H. Vamos falar de ... Desenvolvimento comunitário vs Educação: duas faces da mesma moeda? **Cadernos de Educação de Infância**, v.62, n.1, p.1-6, 2002.

SILVA, C.N.P. **Desenvolvimento Comunitário e Diversidade Cultural no K´CIDADE**. 2013. 223 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

SILVA, J.L.C.; FEITOSA, L.T. Uma análise sobre a identidade da biblioteconomia brasileira: o enfoque da interdisciplinaridade. **Biblionline**, v.3, n.1, p.1-14, 2007.

SILVA, L.M.; SANTOS, M.A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.39, n.3, p.415-424, 2006.

SOMMERMAN, A. **A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como novas formas de conhecimento para a articulação de saberes no contexto da ciência e do conhecimento em geral: contribuição para os campos da educação, da saúde e do meio ambiente**. 2012. 1305 p. Tese (Doutorado Multidisciplinar e Multi-institucional em Difusão do Conhecimento) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

TEIXEIRA, S. et al. O PET-Saúde no Centro de Saúde Cafezal: Promovendo Hábitos Saudáveis de Vida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, p.183-186, 2012.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. p.531-562.

VIEIRA, M. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. 210p.

CAPÍTULO 2

INTERDISCIPLINARIDADE NAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE-SEDE DA 4ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL

Interdisciplinaridade nas equipes de Estratégia de Saúde da Família da cidade-sede da 4ª regional de saúde do Estado do Paraná, Brasil

Interdisciplinary teams of the Family Health Strategy of the host city of the 4th regional health of Paraná State, Brazil

Resumo

Objetivo: Diagnosticar e promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família da cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. **Métodos:** Participaram da pesquisa 41 profissionais de ambos os gêneros. Para a avaliação do diagnóstico da interdisciplinaridade foi aplicado um questionário validado entre os participantes. Em seguida, foi realizada uma ação educativa interdisciplinar por meio da metodologia da roda de conversa. Após a ação educativa, aplicou-se outro questionário para verificar os resultados obtidos nesta intervenção. Para a análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado e regressão logística (odds ratio).

Resultados: Apesar de não haverem diferenças estatísticas, a maioria dos trabalhadores afirmou existir um trabalho interdisciplinar nas equipes. Avaliando-se o conhecimento prévio sobre o tema abordado, constatou-se que os profissionais com nível superior apresentaram maior conhecimento sobre os assuntos abordados que os de nível médio/técnico ($p=0,012$). Em geral, a avaliação da atividade educativa foi positiva, porém a contribuição das informações para a prática profissional foi considerada mediana, devido a algumas dificuldades apontadas pelos profissionais como, por exemplo, a falta de profissionais nas equipes e informações sobre o tema. **Conclusão:** É necessário adotar medidas governamentais que possam diminuir as dificuldades para a realização do trabalho interdisciplinar nas equipes, além de promover novas capacitações.

Palavras-chave: Atenção básica; Saúde pública; Saúde da família.

Abstract

Objective: Diagnose and promote knowledge about interdisciplinary work among professionals of the Health Strategy Teams of the host city of the 4th Regional Family of the State of Paraná Health. **Methods:** The participants were 41 professionals of both genders. For the diagnostic evaluation of interdisciplinarity was applied a validated questionnaire among participants. Then an interdisciplinary educational action through conversation wheel methodology was applied. After the educational activity, it applied another questionnaire to check the results of this intervention. For statistical analysis was used the chi-square and logistic regression test (odds ratio). **Results:** Although there are no statistical differences, most the workers said there is a work in interdisciplinary teams. Evaluating the prior knowledge of the topic discussed, it was found that college-educated professionals had greater knowledge of the subjects dealt with the mid-level/ technical ($p=0.012$). In general, the assessment of educational activity was positive, but the contribution of information for professional practice was considered average, due to some difficulties pointed out by professionals, for example, the lack of professionals in the teams and information on the topic. **Conclusion:** It is necessary to adopt governmental measures which could reduce the difficulties for the realization of interdisciplinary work in teams, and promote new skills.

Key words: Primary Care; Public Health; Family Health.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil em 2006, com intuito de reorientar a prática da saúde pública em âmbito nacional, até então conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF). Esta transformação ocorreu por compreender que as ações deveriam possibilitar, além do atendimento vertical e do apoio a outros programas de saúde existentes, uma integração interprofissional das ações realizadas, bem como promover a organização de atividades e resolução de problemas em territórios definidos (ANDRADE et al., 2008). Neste aspecto, a ESF estabelece uma nova abordagem, substituindo o modelo biomédico centrado na assistência com fins curativos, caracterizando-se por ações multiprofissionais, interdisciplinares e em equipe (BRASIL, 2011). Assim, fundamenta-se em uma ética cultural e social, objetivando promover a saúde e a qualidade de vida para

indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, 2008). A ESF está centrada, prioritariamente, na criação de conexões entre profissionais e população, dessa forma a equipe deve perceber a família com base no ambiente que está inserida, garantindo a proteção social, por meio da integralidade e da universalidade (BRASIL, 2007; MENDONÇA et al., 2008).

A regulamentação atual propõe que a equipe da ESF deve ser formada por profissionais de diferentes áreas, tais como médico generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescida de cirurgião-dentista e auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2007). Ressalta-se que para um desenvolvimento adequado do trabalho, a equipe necessita de certa autonomia, porém é influenciada diretamente pela comunidade local. Neste contexto, há uma constante negociação entre os profissionais e a população, sendo que cada grupo apresenta diversos interesses, dificultando sua integração. Assim, apesar do esforço público em estabelecer novos e melhores critérios de atendimento aos cidadãos, sabe-se que o trabalho em saúde apresenta características próprias e diferenciadas, tanto para os profissionais da equipe de saúde como para a comunidade atendida. Soma-se a isso, a complexidade e variabilidade das necessidades individuais, em que, geralmente, o serviço não pode ser totalmente padronizado (PIRES, 2008).

Para que os objetivos propostos pela ESF sejam atingidos, a relação entre a equipe da ESF e a população deve ser baseada na construção de um vínculo comum. Deve-se buscar, constantemente, incorporar mudanças na atenção à saúde, com o objetivo de promover e recuperar a saúde. Dessa forma, pode-se promover a saúde com a garantia de acesso aos cuidados, assistência integral e acompanhamento contínuo dos resultados (VIEGAS; PENNA, 2013). Destaca-se que a promoção da saúde está diretamente ligada à educação em saúde, a qual ocorre principalmente pela atuação conjunta dos profissionais (COUTO et al., 2013), caracterizando o trabalho interdisciplinar. Nesse contexto, a participação ativa da equipe na comunidade é consensual com as diretrizes do Ministério da Saúde, as quais preconizam um estímulo aos movimentos sociais e à organização comunitária. Este fato fortalece a participação popular, além de promover a autonomia e o empoderamento, principalmente nas decisões sobre sua saúde (BRASIL, 2007).

Ao longo do tempo, a produção do conhecimento foi construída por meio de diversas disciplinas. Esta situação se refletiu no campo da saúde e consolidou distintos núcleos profissionais, corroborando para a fragmentação entre os setores, e uma atuação em

especialidades, a qual visava à cura de doenças, sem considerar as características individuais (PEDUZZI et al., 2013). Esta forma de trabalho contribuiu para o avanço tecnológico e para o aperfeiçoamento das profissões, o que beneficiou o tratamento específico de algumas doenças (PEREIRA et al., 2013). Apesar desses benefícios, o modelo especialista e multidisciplinar não favorece a articulação e a integração das ações de saúde desejadas em um serviço interdisciplinar. Deste modo, o trabalho integrado e articulado dos profissionais, comprovadamente, aumentam a resolubilidade e a qualidade dos serviços de saúde, além de melhorar e ampliar a comunicação interprofissional, com o reconhecimento das contribuições específicas de cada área, bem como de suas limitações (PEDUZZI et al., 2013).

A partir do ano 1937, diante das novas perspectivas em saúde, surge, então, o conceito da interdisciplinaridade, sendo que na década de 70 foi altamente difundido, reforçando a busca pela reunificação do saber (ROQUETE et al., 2012). Neste momento, foi necessária a união de experiências e conhecimentos dos profissionais das diversas áreas da saúde, em prol de um atendimento amplo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, emerge o conceito de intervenção interdisciplinar com foco na promoção da saúde, estando relacionada, fundamentalmente, na busca pela integralidade (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010). Esta definição contempla claramente os objetivos estipulados na proposta da ESF, pois deve ser realizada uma permanente análise da situação de saúde populacional, organizando e executando práticas de enfrentamento dos problemas. Este diagnóstico deve compreender ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção e controle de patologias, as quais estão amparadas no conhecimento prévio da equipe (CAMPOS; GUERRERO, 2010). Entretanto, a prática interdisciplinar acarreta em uma elevada demanda de procedimentos, muitas vezes, complexos. Estas dificuldades são permeadas por situações subjetivas e sociais, que exigem ações conjuntas e ampliadas, além de uma rede especializada de serviços, potencializando o cuidado no território de abrangência (ARCE; SOUSA, 2013). Dessa forma, é fundamental a inserção de treinamentos permanentes para os profissionais atuantes em equipes multi e interdisciplinares, obtendo-se uma adequada qualificação e multiplicação do conhecimento adquirido (ZOBOLI; SOARES, 2012).

Uma das metodologias utilizadas para treinamentos em equipe é a roda de conversa, a qual é recomendada pela Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo SUS. A

principal finalidade deste procedimento é colocar as diferentes categorias de profissionais em contato, aumentando sua comunicação e produzindo movimentos que favoreçam mudanças nas práticas de saúde, libertando-as do poder hierarquizado. Este tipo de abordagem demonstra que as diferentes especialidades e ações podem convergir a fim de produzir maior conhecimento na área (BRASIL, 2013). Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi diagnosticar e promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de ESF da cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Tipo de pesquisa

O delineamento foi quantitativo, descritivo e de corte transversal, realizado no período de junho de 2014 a maio de 2015.

2.2 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO, sob parecer nº 455.912/2013. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) ser profissional de saúde atuante em uma das 5 ESF's da cidade de Irati, PR e; b) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já, os critérios de exclusão foram: a) recusa do profissional na participação; b) não assinar o TCLE; c) desistência durante ou após a coleta de dados; d) profissionais em período de férias ou licença durante a realização da coleta de dados e; e) fichas preenchidas de forma incompleta ou não preenchidas.

2.3 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em Irati, município sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A 4ª Regional de Saúde é composta por 9 municípios distribuídos em uma única microrregião: Irati, Fernandes Pinheiro, Guaramiranga, Imbituva, Inácio Martins, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares, totalizando 170.310 habitantes. Já, a cidade sede Irati possui 59.339 habitantes, representando 34,84% do total.

2.4 Público alvo

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliométrica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), buscando-se os dados dos recursos humanos das ESF's de Irati, PR. O CNES foi escolhido como fonte de informação por conter subsídios de todos os estabelecimentos de saúde em território nacional. É o único registro oficial informatizado com dados das equipes de ESF, contendo informações referentes à identificação, ocupação dos profissionais, localização das equipes, dentre outros (LIRA et al., 2014). Após a verificação, foram constatadas 5 equipes de ESF no município de Irati, com um total de 44 profissionais de saúde atuantes (Dez ACS, três auxiliares de enfermagem, quatro cirurgiões-dentistas, seis enfermeiros, seis médicos e 15 técnicos em enfermagem). Posteriormente, estes dados foram confirmados por documentos constantes na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Irati, PR. Do total, três profissionais não fizeram parte do estudo, dois porque estavam em período de férias durante a coleta dos dados (dois enfermeiros) e 1 porque não concordou em participar (auxiliar de enfermagem).

2.5 Diagnóstico do trabalho interdisciplinar

Para a avaliação da equipe, cada unidade de saúde foi contatada via telefone, sendo agendada uma reunião com o responsável pela unidade (enfermeiro). Primeiramente, este profissional recebeu explicações prévias sobre a importância e a finalidade da pesquisa, para sensibilização e maior participação da equipe. Em seguida, foram marcadas data, horário e local para a coleta de dados, a fim de não prejudicar o andamento normal do serviço prestado à população.

Os profissionais presentes na reunião de coleta de dados receberam informações referentes à pesquisa e sobre a importância de sua participação, já que os resultados obtidos poderiam influenciar no direcionamento de novas ações para a melhoria do atendimento e do trabalho em equipe. Para aqueles que aceitaram participar de todo o estudo, foi aplicado um questionário validado e autoaplicável (APÊNDICE 1), adaptado de Costa (2002), com o objetivo de diagnosticar o seu conhecimento sobre o termo “trabalho interdisciplinar”. Este instrumento abordou 4 eixos principais de perguntas, sendo elas: a) identificação; b) formação; c) trabalho na instituição e; d) interdisciplinaridade e equipe. Cada questionário levou em média 10 minutos para ser respondido. As respostas das perguntas abertas do questionário foram reproduzidas no texto, seguidas da denominação P (profissional), número

da fala (sendo consideradas as falas ditas pelo mesmo profissional) e, também, com a informação da profissão deste participante.

Durante o período de coleta, que durou 3 meses, cada unidade de saúde foi visitada pelo menos 3 vezes, com intuito de obter a maior abrangência possível de participantes.

2.6 Promoção do trabalho interdisciplinar

Foi realizada uma “Ação Educativa Interdisciplinar”, visando promover novas ações interdisciplinares entre os profissionais das equipes avaliadas. Esta atividade foi aplicada em seguida à etapa de coleta de dados, por meio da metodologia de “Roda de Conversa” (BRASIL, 2013). Para esta abordagem, utilizou-se um álbum seriado (APÊNDICE 2), para apresentar informações conceituais sobre o trabalho interdisciplinar dentro das unidades, visando proporcionar a educação em saúde da equipe (JAPIASSU, 2006; FURTADO, 2007).

A intervenção iniciou com exposição e discussão do álbum seriado, o qual recebeu o título de “Interdisciplinaridade e Equipes de Saúde”, sendo apresentado aos participantes com auxílio de um projetor multimídia, durante um período médio de 15 minutos. Os principais temas abordados foram: a) o conceito de interdisciplinaridade; b) a diferença de trabalho em equipes multidisciplinares e interdisciplinares e; c) a importância do trabalho interdisciplinar nas unidades de saúde. Após a apresentação do álbum seriado, os participantes foram convidados a expressar oralmente sua opinião e vivência sobre o tema. Nesse aspecto, o objetivo da roda de conversa foi estimular a construção da autonomia dos sujeitos, por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação conjunta. Assim, quando se percebeu a convergência do grupo para um pensamento coletivo comum a atividade foi encerrada, o que durou em média 45 minutos em cada unidade de saúde.

Para avaliação dos resultados obtidos na ação educativa interdisciplinar, os profissionais responderam a um questionário validado e autoaplicável (APÊNDICE 3) adaptado de Mira (2010). Este instrumento objetivou analisar a satisfação dos participantes em relação à atividade aplicada, bem como verificar se ocorreu melhor compreensão sobre o tema “trabalho interdisciplinar” em saúde, após a ação educativa. As respostas das perguntas abertas do questionário foram reproduzidas no texto, seguidas da denominação P (profissional), número da fala (sendo consideradas as falas ditas pelo mesmo profissional) e, também, com a informação da profissão deste participante.

2.7 Análise estatística

Os dados foram avaliados inicialmente pelo teste Kolmogorov-Smirnov para a condição de normalidade. Assim, para análise dos dados não paramétricos foram utilizados os testes de qui-quadrado e exato de Fisher. A regressão logística foi utilizada para avaliar a associação das variáveis e o entendimento da existência do trabalho interdisciplinar nas equipes. A medida de associação calculada a partir do modelo logístico foi o odds ratio (HOSMER; LEMESHOW, 2000; FIELD, 2009). Para todos os testes utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e um nível de 5% de significância ($p \leq 0,05$).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 44 (100%) profissionais de saúde pertencentes às ESF's, 41 (93,2%) indivíduos participaram efetivamente do estudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Na Tabela 1 estão descritas as características dos profissionais das ESF's avaliadas.

Tabela 1. Descrição dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF), segundo as variáveis: idade, gênero, escolaridade, pós-graduação, profissão, tempo de exercício profissional e tempo de trabalho na instituição, Irati, PR, Brasil, 2015.

Variável	n	%
Idade (anos)		
20 - 30	15	36,6
30 - 40	13	31,7
40 - 50	10	24,4
≥ 50	3	7,3
Gênero		
Feminino	33	80,5
Masculino	8	19,5
Escolaridade		
Nível médio/técnico	22	53,7
Nível superior	19	46,3
Pós-graduação		
Especialização	14	34,1
Mestrado	1	2,4
Não possui	26	63,5

Variável	n	%
Profissão		
Cirurgião dentista	4	9,8
Enfermeiro	4	9,8
Médico	6	14,6
Agente comunitário de saúde	10	24,4
Auxiliar de enfermagem	2	4,8
Técnico em enfermagem	15	36,6
Tempo de exercício profissional		
1 - 5 anos	13	31,7
5 - 10 anos	14	34,1
10 - 15 anos	4	9,8
≥ 15 anos	10	24,4
Tempo de exercício profissional na instituição		
< 1 ano	8	19,5
1 - 5 anos	17	41,5
5 - 10 anos	10	24,4
10 - 15 anos	3	7,3
≥ 15 anos	3	7,3

n total=41.

Em relação à formação profissional, 65,8% atuam em cargos de nível médio ou técnico (ACS, auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem). Contudo, 46,3% dos entrevistados responderam ter ensino superior completo, assim, 12,1% dos profissionais que atuam em cargos de nível médio ou técnico nas ESF's possuem formação em nível superior. Considerando-se a pós-graduação, 34,1% relataram ter especialização e 2,4% mestrado, porém 63,5% não tinha pós-graduação. Os profissionais das ESF's apresentaram formação em cursos variados, destacando-se o técnico em enfermagem (36,6%) e ACS (24,4%). Já, a categoria com menor número de trabalhadores foi a dos auxiliares de enfermagem (4,8%). Sobre a experiência profissional, 65,8% dos pesquisados informaram trabalhar na atual profissão entre um período de 1 a 10 anos e 24,4% há mais de 15 anos, sendo que a maioria (85,4%) atua a menos de 10 anos na equipe. De acordo com Fiúza et al. (2012), o pouco tempo de atuação em equipes é algo que ocorre em nível nacional, fato que pode ser explicado devido a alta rotatividade de profissionais do setor, causado pela frequente precarização do trabalho nas ESF's. Neste aspecto, a capacitação das equipes é considerada um grande desafio, o que resulta em dificuldades para a construção de vínculos entre os profissionais e a comunidade.

Na Tabela 2 pode-se observar a percepção dos profissionais e a análise bivariada sobre a presença do trabalho interdisciplinar nas ESF's pesquisadas, de acordo com as

variáveis sociodemográficas, formação profissional e tempo de exercício profissional.

Tabela 2. Percepção dos profissionais e análise bivariada em relação à presença de interdisciplinaridade nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), considerando-se as variáveis sociodemográficas, formação profissional e tempo de exercício profissional, Irati, PR, Brasil, 2015.

Variável	Sim (n=36) n (%)	Não (n=5) n (%)	p ^a	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%	p ^b
Idade						
< 40 anos	25 (89,3)	3 (10,7)	0,64	1	-	0,672
≥ 40 anos	11 (84,6)	2 (15,4)	5	0,66	(0,01–4,52)	
Gênero						
Feminino	28 (84,8)	5 (15,2)	0,56	1	-	0,999
Masculino	8 (100,0)	0 (0)	3	1,00	(0,00–1,00)	
Escolaridade						
Nível médio/técnico	18 (81,8)	4 (18,2)	0,35	1	-	0,235
Nível superior	18 (94,7)	1 (5,3)	0	4,00	(0,41–39,37)	
Pós-graduação						
Possui ^c	14 (93,3)	1 (6,7)	0,63	1	-	0,424
Não possui	22 (84,6)	4 (15,4)	6	0,39	(0,04–3,89)	
Profissão						
Nível médio/técnico ^d	22 (81,5)	5 (18,5)	0,14	1	-	0,999
Nível superior ^e	14 (100,0)	0 (0)		6	1,00	
Tempo de exercício profissional						
< 5 anos	13 (100,0)	0 (0)	0,16	1	-	0,999
≥ 5anos	23 (82,1)	5 (17,9)	0	0,00	(0,00–1,00)	
Tempo de exercício profissional na instituição						
< 5 anos	32 (88,9)	4 (11,1)	0,49	1	-	0,575
≥ 5 anos	4 (80,0)	1 (20,0)	7	0,50	(0,04–5,65)	

^aTeste exato de Fisher; ^bOdds ratio; resultados de $p \leq 0,05$ indicam diferença significativa; ^cPossui: especialização e/ ou mestrado; ^dNível médio/técnico: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem; ^eNível superior: cirurgião dentista, enfermeiro, médico; n total=41.

Não houve diferença estatística ($p > 0,05$) entre a percepção da existência de interdisciplinaridade e as variáveis avaliadas. No entanto, 87,8% (n=36) dos participantes afirmou a existência de trabalho interdisciplinar na equipe. Resultados que corroboram com Costa (2002), que investigou profissionais de saúde atuantes em equipes multiprofissionais de Contagem, MG. Assim, apesar da maioria dos profissionais classificarem seu trabalho como interdisciplinar, deve-se destacar que, em geral, o verdadeiro conceito desta prática não é conhecido por este público (SAUPE et al., 2005). Por exemplo, os trabalhadores acreditam que as discussões entre os diversos profissionais existentes no local de trabalho são suficientes para caracterizar um processo interdisciplinar (SCHERER et al., 2013), o que

não é verdade (SCHERER; PIRES, 2011). Este fato comprova que a simples junção de várias categorias profissionais no serviço de saúde não é o bastante para a execução concreta da interdisciplinaridade. Dessa forma, observa-se um atendimento de forma fragmentada, em que cada profissional atua isoladamente, sem considerar que o indivíduo faz parte de uma família e de uma comunidade, em um determinado tempo histórico (ANDRADE et al., 2004).

Quando os profissionais que relataram não haver interdisciplinaridade nas equipes (12,2%) foram questionados sobre as dificuldades encontradas para a realização deste tipo de trabalho, verificou-se que um dos motivos foi o baixo número de trabalhadores (24,4%). Porém, um profissional citou como obstáculo “*o pensamento biocentrista, ou seja, não atender as pessoas desde um ponto de vista biopsicossocial*” (P1 – médico), corroborando com a literatura (MENDES, 1996; BONALDI et al., 2007; BORGES et al., 2012). Neste contexto, demonstra-se a fragilidade dos especialistas na atuação em saúde pública, visando o modelo biomédico e biocêntrico, ignorando os fatores sociais e psicológicos do paciente, além do biológico (BORGES et al., 2012).

Considerando-se o correto conceito de trabalho interdisciplinar, este tema deve ser vivenciado na equipe visando ações que objetivem uma construção além do conhecimento, isto é, a ação direta dos profissionais sobre a população local (SCHERER; PIRES, 2011). Assim, é importante que os profissionais atuem sobre os determinantes diretos do processo saúde doença (fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais), de forma a romper com o foco na atenção à doença e aos atendimentos de demanda espontânea, quando a população busca a unidade para uma ação apenas curativa. O efeito dessa ação deve provocar um exercício reflexivo sobre seus atos e os resultados que poderão ser obtidos (BRASIL, 2011), transformando o trabalho interdisciplinar em algo singular, em decorrência da experiência e prática de cada equipe inserida em sua realidade. Destaca-se que a transformação da intervenção deverá ocorrer através da busca constante de soluções e de aprendizados, pois o profissional deve estar disposto às mudanças constantes, visto que não existe um único objetivo para o tratamento do indivíduo (FAZENDA, 1994). Contudo, deve-se considerar que a interdisciplinaridade não deve anular o conhecimento específico de cada área, mas sim provocar a consciência dos limites e potencialidades de cada campo de saber, promovendo o fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994).

Em relação à profissão, observa-se que 81,5% dos profissionais que atuam em cargos

de nível médio e/ ou técnico responderam de forma afirmativa sobre a existência da interdisciplinaridade, enquanto 100% dos profissionais de nível superior consideraram existir esta prática nas equipes. Este efeito é justificável, pois as instituições de ensino técnico e superior têm proporcionado um maior espaço de aprendizagem interdisciplinar já durante a formação profissional, o que permite uma maior interação com o tema, favorecendo a atuação futura (GUBERT, 2009; RODRIGUES et al., 2010; ALMEIDA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2012). Conforme Gubert (2009), após a implementação do SUS iniciou-se o processo de priorização da qualidade do atendimento à saúde, fato que poderia potencializar o grau de resolubilidade do serviço. Neste aspecto, após a promulgação da Lei nº. 9394/96 sobre Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), houve a necessidade de alteração nos currículos dos cursos da área da saúde, para que os novos profissionais tivessem uma visão generalista. Além disso, deveriam ser capazes de se inserir na realidade da comunidade, criando vínculos e soluções para uma convivência produtiva entre os vários saberes (SANTOS; CUTOLO, 2004). Este novo padrão de formação profissional exigido, destacava um trabalho interdisciplinar exigido pelas características do SUS (GUBERT, 2009). Estes novos critérios levaram o estudante a ter um contato com o serviço público desde o início de sua formação, fato que estimula os recém-formados a buscar empregos nesta área (MORITA; KRIGER, 2003). Dentro deste contexto, também é possível explicar na presente pesquisa a predominância de jovens atuantes nas ESF's (36,6%) e a maior compreensão de existência de interdisciplinaridade entre os profissionais com menos de 5 anos de atuação profissional (100%) e daqueles com menos de 5 anos de atuação na equipe (88,9%).

Não houve associação das variáveis (odds ratio) e presença de trabalho interdisciplinar ($p > 0,05$). A explicação para este achado se deve, especialmente, a alta complexidade que envolve o trabalho interdisciplinar (SCHERER et al., 2013), o qual necessita de uma multiplicidade de recursos para sua efetividade. Dentre eles, pode-se citar: a união de saberes de diversas origens; um ambiente favorável; a existência de um projeto compartilhado e; principalmente, a atitude conjunta dos sujeitos. Segundo Scherer et al. (2013), é difícil que os profissionais atuantes em ESF's consigam agregar todos estes recursos. Entretanto, a pluralidade dos problemas e da atenção à saúde é um mobilizador para o pensamento e para a ação interdisciplinar na equipe. Fato que também foi observado no presente estudo, uma vez que ao encontrarem dificuldades para a operacionalização do processo, os profissionais buscam agir de forma a solucionar os problemas práticos do

cotidiano. Porém, não há garantias que esta prática esteja sendo executada de forma correta, dentro dos princípios interdisciplinares.

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados obtidos na ação educativa interdisciplinar aplicada às equipes de ESF.

Tabela 3. Prevalência das respostas obtidas pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), após a realização da ação educativa interdisciplinar (AEIN), Irati, PR, Brasil, 2015.

Variável	N	%
Conhecimento prévio dos assuntos abordados		
Sim	21	51,2
Em parte	12	29,3
Não	8	19,5
Alcance dos objetivos propostos		
Sim	34	82,9
Em parte	7	17,1
Carga horária		
Suficiente	35	85,4
Insuficiente	6	14,6
Aproveitamento na AEIN		
Bom	33	80,5
Regular	5	12,2
Fraco	3	7,3
Contribuição das informações para atividade profissional		
Alta	18	43,9
Média	19	46,3
Baixa	4	9,8
Avaliação do material didático		
Adequado	38	92,7
Inadequado	3	7,3

n total=41.

A maioria dos profissionais (51,2%) respondeu ter conhecimentos prévios sobre os assuntos abordados, enquanto 82,9% e 85,4%, respectivamente, relataram que os objetivos da ação foram alcançados e que a carga horária destinada à atividade foi suficiente. Neste aspecto, a ação apresentou boa aceitação pelos participantes, o que pode ser confirmado por meio de algumas falas descritas a seguir: *“foi muito bom conhecer que a interdisciplinaridade é importante em nosso trabalho”* (P1 - médico) e *“o pessoal compreendeu o assunto”* (P2 - dentista). Assim, observa-se que os profissionais estão abertos a novos treinamentos direcionados à educação em saúde. Também, este tema é cada vez mais discutido por proporcionar o desenvolvimento de reflexões e intervenções, que qualificam a assistência prestada, principalmente na saúde pública (CEOLIN et al., 2008).

Quanto ao aproveitamento da atividade, 80,5% julgaram como bom e 92,7% consideraram o material didático utilizado adequado. Apesar da avaliação geral da prática educativa ser positiva, a maioria (46,3%) respondeu que a contribuição das informações recebidas para o desenvolvimento de sua atividade profissional é mediana.

Segundo Mélo (2007), as rodas de conversa proporcionam uma troca de conhecimentos sobre um tema específico, o que possibilita melhor diálogo e compreensão, uma vez que priorizam discussões globais. Assim, no processo dialógico, as pessoas podem apresentar suas reflexões, mesmo que contraditórias, sendo que cada indivíduo instiga o outro a falar, possibilitando se posicionar e, também, ouvir o outro.

No presente estudo, os profissionais participaram ativamente do processo, verbalizando suas dúvidas e discutindo o tema abordado. O diálogo foi interrompido, em média, depois de 45 minutos do início da atividade, após se perceber que todos haviam compreendido a diferença entre os termos “interdisciplinaridade” e “multidisciplinaridade”. Além disso, puderam expor exemplos práticos de como a interdisciplinaridade pode ocorrer nas ESF's, bem como citar fatos vivenciados pela equipe.

Resultados similares utilizando-se a mesma metodologia, foram observados por Simonetti et al. (2007) e Gomes et al. (2008). No primeiro estudo, foram desenvolvidas práticas educativas sobre sexualidade e saúde reprodutiva para adolescentes, jovens, profissionais de saúde e de educação, além da comunidade em geral. Já na pesquisa de Gomes et al. (2008), o método foi utilizado para apresentar aos trabalhadores hospitalares os direitos e deveres dos usuários do SUS no âmbito hospitalar. Neste contexto, os efeitos positivos demonstrados pela aplicação das rodas de conversa, confirmam sua eficácia para o treinamento de equipes da área de saúde.

Na Tabela 4 são descritos os resultados da ação educativa interdisciplinar considerando o nível de instrução dos indivíduos, de acordo com a profissão que exercem nas ESF's.

Tabela 4. Prevalência das respostas obtidas pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de acordo com a profissão, após a realização da ação educativa interdisciplinar (AEIN), Irati, PR, Brasil, 2015.

Variável	Profissão		p
	Nível superior ^a	Nível médio/técnico ^b	
	(n=14) n (%)	(n=27) n (%)	
Conhecimento prévio dos assuntos abordados ^c			
Sim	11 (78,6)	10 (37)	0,041 ^a
Em parte	2 (14,3)	10 (37)	
Não	1 (7,1)	7 (26)	
Objetivos propostos foram alcançados			
Sim	13 (92,9)	21 (77,8)	0,389 ^b
Em parte	1 (7,1)	6 (22,2)	
Não	0 (0)	0 (0)	
Carga horária			
Adequada	11 (78,6)	24 (88,9)	0,393 ^b
Insuficiente	3 (21,4)	3 (11,1)	
Aproveitamento na AEIN			
Bom	11 (78,6)	22 (81,5)	0,393 ^a
Regular	1 (7,1)	4 (14,8)	
Fraco	2 (14,3)	1 (3,7)	
Contribuição das informações para atividade profissional			
Alta	8 (57,1)	10 (37)	0,254 ^a
Média	4 (28,6)	15 (55,6)	
Baixa	2 (14,3)	2 (7,4)	
Avaliação do material didático			
Adequado	13 (92,9)	25 (92,6)	1,000 ^b
Insuficiente	1 (7,1)	2 (7,4)	

^aNível Superior: cirurgião dentista, enfermeiro, médico; ^bNível médio/ técnico: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem; ^aTeste de qui-quadrado; ^bTeste exato de Fisher; ^cResultados após análise conjunta: p=0,012 ('sim' e 'em parte/não'), p=0,153 ('não' e 'sim/em parte'), p=0,123 ('em parte' e 'sim/não'); Resultados de p≤0,05 indicam diferença significativa; n total=41.

Os indivíduos com nível superior apresentam maior conhecimento prévio (sim/ em parte) dos assuntos abordados que os de nível médio/ técnico (p=0,012). Contudo, as demais variáveis não apresentaram diferença significativa e/ ou associação com a profissão (p>0,05). Dos profissionais de nível superior, a maioria (78,6%) respondeu que já conheciam os assuntos abordados na ação educativa, enquanto apenas 37% dos profissionais de nível médio/ técnico fizeram a mesma afirmação. Estes dados corroboram com Nascimento e Oliveira (2010), que analisaram as competências profissionais para o processo de trabalho nos NASF. Os autores sugerem que durante a graduação os profissionais de saúde recebem informações voltadas à atenção primária à saúde e ao trabalho em equipe, que por consequência, promove o estudo da interdisciplinaridade.

Quanto aos objetivos propostos, 13 dos 14 profissionais de nível superior (92,9%) e 21 dos 27 dos de nível médio/ técnico (77,8%), afirmaram que a ação foi eficaz, sendo que nenhum participante respondeu negativamente. Dentre os profissionais de nível superior e nível médio/ técnico, a maioria (78,6% e 88,9%, respectivamente) considerou a carga horária adequada. Quando questionados sobre o aproveitamento da ação educativa, 78,6% dos profissionais de nível superior e 81,5% dos profissionais de nível médio/ técnico julgaram bom. Já em relação à contribuição das informações para a prática profissional, 57,1% dos profissionais de nível superior e 37% dos profissionais de nível médio/ técnico consideraram alta. Neste item, um grande número de participantes classificou a contribuição como média e baixa. Aqui, destaca-se a fala de um dos profissionais: *“a vontade é grande, mas faltam profissionais de saúde”* (P3 – técnico em enfermagem). Trindade e Pires (2013) explicam que a demanda da assistência que se busca em unidades de saúde é incompatível com o número de profissionais contratados, com os recursos disponíveis, equipamentos e com a estrutura das unidades. Estes fatores demonstram a fragilidade da integralidade e universalização das ações de atenção básica no Brasil, justificando a fala do profissional. Apesar disso, foi constatada na presente pesquisa a vontade que alguns profissionais tinham de melhorar o atendimento interdisciplinar: *“é o certo fazer isso sempre, pensando no usuário”* (P4 – ACS).

Sobre a avaliação do material didático, a maioria dos profissionais de nível superior e de nível técnico/ médio (92,9% e 92,6%, respectivamente) considerou adequada. Neste contexto, algumas falas podem ser enfatizadas: *“bem elaborado, fácil de entender”* (P5 – ACS) e *“de fácil compreensão”* (P6 – ACS). Já, ao final da intervenção os participantes foram questionados sobre sugestões ou críticas, obtendo-se as seguintes afirmações: *“virem mais vezes fazer esse trabalho, pois é de importante conhecimento e aprimoramento”* (P6 – ACS), *“sugiro que nos visite mais vezes”* (P7 – dentista). Estas opiniões tornam claro o desejo de aprofundar os conhecimentos sobre o tema, o que é bastante positivo, visto que o trabalho em equipe de forma interdisciplinar é um dos pilares do ESF. Também, demonstra que a metodologia empregada foi bem aceita pelas equipes. Neste contexto, Araújo e Rocha (2006) ao avaliarem os desafios para a consolidação da ESF, sugerem que o trabalho em equipe deve ser norteado por um projeto assistencial comum e, que os profissionais desenvolvam ações de interação entre a própria equipe e, principalmente, com a comunidade. No entanto, para que isso ocorra, faz-se necessário promover capacitações, aumentando a qualificação da mão de obra e fortalecendo a capacidade para o trabalho coletivo, além de

potencializar as ferramentas cognitivas capazes de amenizar a insatisfação do trabalhador e também dos usuários, além de fortalecer a empatia entre os sujeitos (MUROFUSE et al., 2009).

4. CONCLUSÃO

Os profissionais atuantes na ESF da cidade sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, em sua maioria afirmam realizar um trabalho interdisciplinar. Apesar de não terem sido observadas associações que permitissem traçar o perfil do profissional com este tipo de atuação, em geral, os profissionais apresentam algum conhecimento sobre o tema, porém enfrentam algumas limitações para aplicação da interdisciplinaridade nas equipes. Dentre elas, estão a falta de profissionais atuantes e a vigência do modelo biomédico e biocêntrico. Assim, para que esta realidade seja transformada, são necessárias medidas como, por exemplo, a contratação de profissionais e a capacitação da equipe de trabalho, visando romper a atuação individualista dos trabalhadores, o que poderia melhorar a atenção básica ao usuário.

A utilização da metodologia da roda de conversa como ação educativa para a promoção da interdisciplinaridade na equipe de ESF mostrou-se eficaz, melhorando o entendimento do tema entre os profissionais, contribuindo para que o trabalho interdisciplinar seja repensado em sua forma de atuação, já que os trabalhadores expressaram a necessidade de melhorar sua forma de trabalho. Apesar disso, é imprescindível medidas governamentais urgentes que supram as necessidades básicas dos profissionais, facilitando a realização das práticas interdisciplinares na equipe de ESF. Em suma, é necessário um maior número de ações educativas nestas unidades de saúde, com intuito de aprofundar o tema, sanar questões, formar opiniões e oferecer novas alternativas de trabalho, cumprindo-se, assim, as principais premissas da ESF, que são a criação de vínculos dos profissionais com as famílias e a comunidade como um todo.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Secretaria de Saúde do Paraná (SESA-PR) e Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná pelo financiamento da pesquisa, por meio do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS, Edição 2012.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, p.119-126, 2012.

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.783-836.

ANDRADE, L.O.M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, v.5, n.1, p.9-19, 2004.

ARAUJO, M.B.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2006.

ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.1, p.109-123, 2013.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: Experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R. et al. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2007. p.53-72.

BORGES, M.J.L. et al. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.147-156, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **LDB (Lei nº 9.394/96)** de 23 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a lei de diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias de promoção da alimentação saudável para o nível local**. Relatório da oficina de Trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 411p.

CEOLIN, R. et al. Educação em saúde como ferramenta para uma atenção integral à saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Revista de Enfermagem**, v.4, n.4,5, p.127-137, 2008.

COSTA, R.P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: um estudo de caso**. 2002. 102p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

COSTA, S.M. et al. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1865-1973, 2010.

COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.27, p.90-96, 2013.

COUTO, L.L.M. et al. Psicologia em Ação no SUS: a Interdisciplinaridade Posta à Prova. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p.500-511, 2013.

FAZENDA, I.C.A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas: Papirus, 1994. 143p.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 668p.

FIÚZA, T.M. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.7, n.24, p.138-146, 2012.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.239-255, 2007.

GOMES, A.M.A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.27, p.773-782, 2008.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.2, n.2, p.103-114, 1994.

GUBERT, E. **Formação do técnico de enfermagem na perspectiva da interdisciplinaridade: reflexões dos enfermeiros educadores**. 2009. 209p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

GUEDES, L.E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção a saúde e prevenção de doenças. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p.26-272, 2010.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: Wiley, 2000. 373p.

JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar: e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. 240p.

LIRA, C.R.S. et al. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde como instrumento de

auxílio na gestão: relato de experiência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11, 2014, Fortaleza. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, s.3, 2014.

MÉLLO, R.P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p.26-32, 2007.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996. 300p.

MENDONÇA, M.H.M. et al. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.s4-s5, 2008.

MIRA, V.L. **Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo**. 2010. 226p. Tese (Livredocência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, v.4, n.1, p.17-21, 2003.

MUROFUSE, N.T. et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.3, p.314-320, 2009.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

OLIVEIRA, I.C. et al. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.4, p.574-580, 2012.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.4, p.977-978, 2013.

PEREIRA, J.L. et al. Considerações sobre interdisciplinaridade a partir de depoimentos de participantes da equipe de nutrição do projeto de extensão universitária 'bandeira científica'. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v.8, n.2, p.183-195, 2013.

PINTO, E.S.G. et al. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p.657-664, 2010.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2 ed. São Paulo: Annablume, 2008. 254p.

RODRIGUES, A.C.S. et al. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.531-537, 2010.

ROQUETE, F.F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.2, n.3, p.463-474, 2012.

SANTOS, M.A.M.; CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.32, n.4, p.65-74, 2004.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.521-536, 2005

SCHERER, M.D.A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.69-84, 2011.

SIMONETTI, J.R. et al. Saúde sexual e reprodutiva: uma experiência de rodas de conversa em Corumbá - Mato Grosso e Foz do Iguaçu - Paraná. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília, 2007. p.247-252.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.2, p.153-158, 2008.

TEIXEIRA, S. et al. O PET-Saúde no Centro de Saúde Cafezal: Promovendo Hábitos Saudáveis de Vida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, p.183-186, 2012.

TRINDADE, L.L.; PIRES, D. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas

cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.22, n.1, p.36-42, 2013.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.181-190, 2013.

ZOBOLI, E.L.C.P.; SOARES, F.A. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.5, p.1248-1253, 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho interdisciplinar em equipe deve ser vivenciado continuamente e, para que ocorra de forma eficaz, faz-se necessária a contratação de mais profissionais que atendam a demanda das unidades. Desta forma, são fundamentais novos investimentos governamentais nesta área. Recomenda-se também a criação de um plano de capacitação para os profissionais, desmistificando a atuação interdisciplinar e diminuindo a visão e atuação individualista destes trabalhadores. Para isso, sugere-se a implantação de parcerias com instituições de ensino superior que forneçam cursos de graduação na área da saúde, visto que a abordagem será importante para ambas as entidades. Neste aspecto, será possível maior qualificação dos profissionais atuantes na saúde pública, enquanto trará uma oportunidade de aprendizado para os acadêmicos, os quais terão maior experiência prática no atendimento interdisciplinar do SUS. Além disso, este intercâmbio pode elevar o número e qualidade das produções científicas, por meio de novas pesquisas e projetos extensionistas, contribuindo para uma maior disseminação do tema “interdisciplinaridade”. Deve-se considerar também a inserção da comunidade nas ações de saúde, para que seja possível atender seus anseios e necessidades.

Para que novos objetivos sejam alcançados, recomenda-se dar continuidade a esta pesquisa por meio de outras intervenções educativas, a fim de aprofundar o assunto, visto que os profissionais demonstraram vontade e necessidade de melhorar o atendimento aos usuários do serviço com uma abrangência interdisciplinar. Como atividades educativas, sugere-se a realização de vídeos esclarecedores sobre situações de interdisciplinaridade; oficinas de discussão e apresentação de propostas e ações que conduzam a resultados; oficinas práticas, em que todos os profissionais da equipe executora possam partilhar seus conhecimentos e vivências, a fim de mostrar uma proposta interdisciplinar; discussão de estudos de caso de pacientes atendidos em unidades de saúde; palestras educativas e grupos de estudos sobre interdisciplinaridade; além de outras atividades que possam melhorar o aproveitamento da inserção do conhecimento. Além disso, seria interessante avaliar e discutir os fatores que podem influenciar direta e indiretamente para a não ocorrência de um trabalho interdisciplinar na equipe. Com estes dados, seria possível avaliar e corrigir os problemas, propondo novas ações para que as premissas da ESF sejam cumpridas com eficiência e, assim, aumentar os vínculos entre as equipes e as famílias, proporcionando condições de um maior desenvolvimento comunitário.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CENTRO OESTE - UNICENTRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnóstico e promoção da interdisciplinaridade em Equipes de Saúde da Família (ESF) da 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná

Pesquisador: Patricia Chiconatto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23685813.7.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 455.912

Data da Relatoria: 12/11/2013

Apresentação do Projeto:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como forma de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. É operacionalizado através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Visando a Saúde Pública nos moldes propostos, é necessário que aconteça um trabalho interdisciplinar que tem como resultado uma abertura conceitual e histórica. Existem algumas dificuldades para que este trabalho interdisciplinar em saúde ocorra, uma solução para contornar esta situação consiste em acabar com a setorialização do trabalho, buscando formar um conhecimento intersetorial e interdisciplinar. Em teoria, a interdisciplinaridade tem sido estimulada, mas nem sempre acontece na prática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal:

Investigar a existência do trabalho interdisciplinar nas equipes das Estratégias de Saúde da Família das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

Objetivos secundários:

1. Caracterizar a forma de trabalho e as relações das equipes de ESF através de consulta bibliométrica;
2. Verificar o conhecimento que os profissionais de saúde envolvidos nos ESF possuem sobre

Endereço: Rua Símeão Camargo Varela de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 455/912

interdisciplinaridade;

3. Realizar ações educativas visando promover a interdisciplinariedade entre os profissionais das equipes ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de:

1. Melhorar o entendimento sobre ações interdisciplinares entre os diversos profissionais atuantes nas ESF's na 4ª e 5ª Regional de Saúde.
2. Promover a capacidade de realizar ações interdisciplinares durante o atendimento ao indivíduo, visando uma atenção multiprofissional interligada, melhorando dessa forma a qualidade do serviço ofertado à população.
3. Proporcionar discussões entre os profissionais sobre as ações interdisciplinares desenvolvidas no contexto comunitário.
4. Desenvolver a capacidade futura na equipe de aperfeiçoamento no atendimento, buscando humanização e excelência no atendimento populacional.

RISCOS E DESCONFORTOS: Com os procedimentos realizados não são esperados risco biológicos para os sujeitos, todavia alguns desconfortos emocionais mínimos podem surgir, e caso isso ocorra, será oferecido atendimento psicológico junto à própria unidade de saúde.

RISCOS E DESCONFORTOS: Com os procedimentos realizados não são esperados risco biológicos para os sujeitos, todavia alguns desconfortos emocionais mínimos podem surgir, e caso isso ocorra, será oferecido atendimento psicológico junto à própria unidade de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Amostra - Profissionais da 4ª 5ª Regionais de Saúde.

Critérios de Inclusão: todos os profissionais que quiserem participar.

Critérios de exclusão: os que não aceitarem participar;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto, TCLE, carta de anuência assinada pelo secretário de Guarapuava e questionário a ser aplicado. Será gravado entrevistas e todo o material será descartado após a conclusão da pesquisa.

Recomendações:

Sugere-se, para um próximo projeto e para o relatório final, que a pesquisadora deixe claro como se dará a definição dos participantes da pesquisa, como serão recrutados.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comap_unicentro@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 488.912

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO.

Em atendimento às Resoluções 196/96 CNS-MS e 466/2012 CNS-MS, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e final em até trinta dias após o término da Pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

GUARAPUAVA, 13 de Novembro de 2013

Assinador por:

**Maria Emilia Marcondes Barbosa
(Coordenador)**

Endereço: Rua Simeão Camargo Vasella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)

Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-000

UF: PR **Município:** GUARAPUAVA

Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br

ANEXO 2

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COMEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Diagnóstico e promoção da Interdisciplinaridade em Estratégia de Saúde da Família (ESF) da 4ª e 5ª Regionais”, sob a responsabilidade das Mestrandas Patrícia Chiconatto e Vania Schmitt, com orientação da Prof. Dra. Daiana Novello, que irá investigar a existência do trabalho interdisciplinar nas equipes das ESF das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Dada à importância da conversa entre os profissionais, o presente estudo tem o objetivo de conhecer a realidade das equipes e propor uma prática interdisciplinar, visando o melhor atendimento ao público que necessita dos cuidados oferecidos por estas unidades de saúde.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa, na primeira etapa será realizada uma pesquisa bibliométrica, visando selecionar os campos de pesquisa com maior diversidade de categorias profissionais e a realização de grupos de educação em saúde com a participação de categorias diferentes. A fase seguinte da pesquisa incluirá um estudo qualitativo, com entrevistas semiestruturadas, realizadas junto aos profissionais de saúde. Na última fase, serão realizadas ações educativas interdisciplinares entre os profissionais de saúde dos ESF da pesquisa. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as etapas, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Com os procedimentos realizados não são esperados risco biológicos para os sujeitos, todavia alguns desconfortos emocionais mínimos podem surgir, e caso isso ocorra, será oferecido atendimento psicológico junto à própria unidade de saúde.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de:

- a) Melhorar o entendimento sobre ações interdisciplinares entre os diversos profissionais atuantes nas ESF's na 4ª e 5ª Regional de Saúde.
- b) Promover a capacidade de realizar ações interdisciplinares durante o atendimento ao indivíduo, visando uma atenção multiprofissional interligada, melhorando dessa forma a qualidade do serviço ofertado à população.
- c) Proporcionar discussões entre os profissionais sobre as ações interdisciplinares desenvolvidas no contexto comunitário.
- d) Desenvolver a capacidade futura na equipe de aperfeiçoamento no atendimento, buscando humanização e excelência no atendimento populacional.

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de algum tratamento ou orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado (a) ao Sistema de Saúde do Município que prestará assistência.

5. CONFIDENCIALIDADE: A sua participação nesse estudo é voluntária. A sua recusa não implicará em nenhum prejuízo no seu atual trabalho. Todas as despesas necessárias para realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, para que a sua confidencialidade seja mantida.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: **Patrícia Chiconatto**
Endereço: **Rua Benjamin Constant, 684**
Telefone para contato: **(42) 9968-0008**
Horário de atendimento: **9h00 as 17h00min**

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG

Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli
CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde
Telefone: (42) 3629-8177

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O **sujeito de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – assinando na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – assinando na última página do referido Termo.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa.
E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisado

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Data da coleta: ____/____/____

Responsável pela coleta: _____

Caro Profissional de Saúde

Esta pesquisa compreende parte da elaboração da dissertação de Mestrado. O questionário abrange quatro dimensões: identificação, formação, trabalho em equipe e, interdisciplinaridade e equipe, envolvendo questões de múltipla escolha e abertas. Pedimos sua colaboração para respondê-lo, pois sua participação é fundamental e imprescindível. Desde já, agradecemos sua cooperação.

Obrigada.

ESF: _____

1 – IDENTIFICAÇÃO

1.1 – Data de nascimento: _____

1.2 – Idade:

() 20 – 30 () 30 – 40 () 40 – 50 () acima de 50

1.3 - Gênero: () fem. () masc.

2 – FORMAÇÃO

2.1- Profissão:

() médico – especialidade:

() enfermeiro

() assistente social

() nutricionista

() psicólogo

() técnico de enfermagem

() auxiliar de enfermagem

() agente comunitário de saúde

() outro _____

2.2- Escolaridade:

() 1º grau () 2º grau () 3º grau

2.3 - Cursos de pós-graduação:

() especialização

() mestrado

() doutorado

() pós-doutorado

2.4 – Tempo de exercício profissional:

() 1 – 5 anos

() 5 – 10 anos

() 10 – 15 anos

() + 15 anos

3 – TRABALHO NA INSTITUIÇÃO

3.1 – Tempo de trabalho na instituição:

() menos de 1 ano

() 1 – 5 anos

() 5 – 10 anos

() 10 – 15 anos

() + 15 anos

3.2 – Modo de ingresso na instituição:

() concurso público

() indicação

() outra _____

4 – INTERDISCIPLINARIDADE E EQUIPE

4.1– Você considera que ocorre interdisciplinaridade na sua equipe de trabalho?

() sim

() não

4.2 – O que dificulta a realização de trabalhos interdisciplinares?

(Adaptado de Costa, 2002)

APÊNDICE 2

ÁLBUM SERIADO – INTERDISCIPLINARIDADE EM EQUIPES DE SAÚDE

Interdisciplinaridade em Equipes de Saúde

PATRICIA CRICONATTO
VANIA SCHMITT

Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário
Unicentro - Paraná

Conceito de Interdisciplinaridade

Brasil – Japiassu (1976): colaboração entre disciplinas e profissões pela organização de serviços.

Grau mais avançado de relação entre as disciplinas.

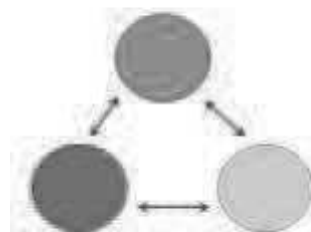
Diferenças Conceituais entre as Equipes de Saúde



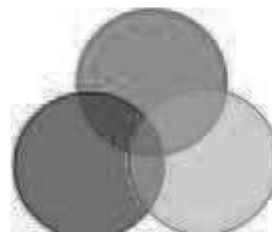
Diferenças Conceituais entre as Equipes de Saúde



Diferenças Conceituais entre as Equipes de Saúde



Atuação Multidisciplinar



Atuação interdisciplinar

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA

Data da coleta: ____/____/____

Responsável pela coleta: _____

Caro Profissional de Saúde

Esta pesquisa compreende parte da elaboração da dissertação de Mestrado. O questionário compreende uma pesquisa de opinião e uma avaliação de satisfação que permitirá expressar sua ideia a respeito da ação educativa interdisciplinar (AEIN) que participou e de sua aplicabilidade. Sua opinião será de grande valia para o aprimoramento das próximas AEIN's.

Obrigada.

ESF: _____

Nome da AEIN: _____

Instrutor: _____

1) Você já tinha conhecimento dos assuntos abordados nesta AEIN?

() Sim () Em parte () Não

Justifique: _____

2) Os objetivos propostos pela AEIN foram alcançados? () Sim () Em parte () Não

Justifique: _____

3) Houve atividade práticas durante a AEIN? () Sim () Não

4) Se respondeu sim a questão anterior, como foram as atividade práticas realizadas em sala de aula?

() Adequada () Insuficiente () Excessiva

Justifique: _____

5) Como foi a carga horária da AEIN? () Adequada () Insuficiente () Excessiva

Justifique: _____

6) Como você avalia o seu aproveitamento nesta AEIN? () Bom () Regular () Fraco

Justifique: _____

7) Na sua opinião, as informações recebidas nesta AEIN terão na sua atividade profissional, a seguinte aplicabilidade: () Alta () Média () Baixa

Justifique: _____

8) Como você avalia o material didático? () Adequado () Insuficiente () Excessivo

Justifique: _____

Quais as sugestões ou críticas complementares que você apresenta para o aprimoramento desta AEIN: _____

(Adaptado de Mira, 2010)