



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

**AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DO CONHECIMENTO  
INTERDISCIPLINAR EM EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (ESF) DA CIDADE-SEDE DA 5ª REGIONAL DE  
SAÚDE DO PARANÁ**

**IRATI, PR  
2015**

**PATRÍCIA CHICONATTO**

**AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DO CONHECIMENTO  
INTERDISCIPLINAR EM EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (ESF) DA CIDADE-SEDE DA 5ª 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<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daiana Novello

**Co-Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jaima Pinheiro de Oliveira

**IRATI, PR**

**2015**

Catálogo na Fonte  
Biblioteca da UNICENTRO

C533a	<p>CHICONATTO, Patrícia.</p> <p>Avaliação e promoção do conhecimento interdisciplinar em equipes de estratégia de saúde da família (ESF) da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná / Patrícia Chiconatto. – Irati, PR : [s.n], 2015.</p> <p>67f.</p> <p>Orientadora: Profª. Drª. Daiana Novello Coorientadora: Profª. Drª. Jaima Pinheiro de Oliveira Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná.</p> <p>1. Saúde Pública – dissertação. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Pessoal – profissional de saúde. 4. Estratégia – pesquisa. I. Novello, Daiana. II. Oliveira, Jaima Pinheiro de. III. UNICENTRO. IV. Título.</p> <p>CDD 20 ed. 614.98162</p>
-------	--



# 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

**PATRÍCIA CHICONATTO**

### AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DO CONHECIMENTO INTERDISCIPLINAR EM EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DA CIDADE-SEDE DA 5ª 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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daiana Novello

Instituição: UNICENTRO

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Elda Garrido

Instituição: Faculdade Campo Real

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> 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

*À minha família e meu eterno amor Rodrigo,  
pela paciência e crença infinita em minha capacidade de realização,  
o que me incentiva sempre a buscar novos caminhos!*

## AGRADECIMENTOS

Ao refletir sobre o significado desta dissertação para mim como mulher/ esposa/ filha/ profissional e mestranda, muitas pessoas vieram à mente. Foram muitos os que de algum modo contribuíram para que mais este passo fosse dado na minha vida, pessoas estas que de longa data vem me ensinando e compartilhando algo, e outras que de vários modos mais recentemente cruzaram meu caminho.

A começar por Deus, pela vida, criatividade e oportunidades.

Aos meus familiares, especialmente meus pais, José e Maria de Fátima Chiconatto, por ter valorizado o estudo, investindo na minha formação, sem medir esforços e que me proporcionaram as condições que tenho hoje. Agradeço aos demais familiares (avós, tios e tias, primos e primas, afilhados e madrinhas) pelo incentivo via pensamentos positivos/orações/redes sociais para conclusão desta etapa. Obrigada a todos que estiveram comigo, uns mais outros menos, mas todos muito importantes.

Serei eternamente grata à minha família guarapuavana, que escolhi e fui escolhida, agradeço ao meu amor Rodrigo Xavier, meus sogros Rui e Zaclis Xavier e meu cunhado Pedro, por estar sempre torcendo pelas minhas realizações e pela minha felicidade. Agradeço imensamente por tudo que fizeram, continuam e continuarão fazendo por mim.

Não posso me esquecer das pessoas com quem aprendi a ser nutricionista: docentes do Departamento de Nutrição (DENUT) da UNICENTRO, pois foi na graduação que conheci pessoas e profissionais inesquecíveis. Dentre elas, destaco duas: Paula Chuproski Saldan, professora que inicialmente me levou a desbravar o campo da Pesquisa, por meio do meu Primeiro Projeto de Pesquisa durante a graduação, e posteriormente, auxílio durante sua dissertação de mestrado. E Daiana Novello, que por sua competência e conhecimento durante as aulas de “Nutrição e Dietética”, as quais eu, no meu começo de curso, ficava vislumbrada e imaginando como uma professora poderia “saber tudo aquilo” e que sorte seria ser uma de suas orientandas. A graduação passou, e, a vontade de seguir o exemplo das minhas professoras só aumentou. Surgiu então, a possibilidade do mestrado.

Serei eternamente grata ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) da UNICENTRO, que contribuiu para realizar meu sonho de graduação, ser orientanda da prof. Daiana Novello. Agradeço a minha orientadora que compartilhou suas experiências e a cada orientação me deixava mais envolvida e renovada para dar continuidade à proposta de trabalho. Sou grata pelos ensinamentos, apoio e conselhos. Foi muito mais fácil esse processo ao lado de alguém tão

inspiradora e comprometida. Agradeço pela compreensão de meus tempos de ver, elaborar e concluir.

Sou grata aos professores do PPGDC por compartilharem seus conhecimentos. Aos meus colegas de Programa, que em momentos de alegria e em outros de angústia, me fizeram sentir parte de uma “comunidade veicular”, cujo objetivo maior só poderia ser visto como um crescimento a nível profissional e também pessoal. Obrigada Bruno Moreira Soares, Silvana Sasso e Vania Schmitt, especialmente, pela paciência e companheirismo acadêmico.

Agradeço 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.

À todos os membros do projeto “Diagnóstico e promoção da interdisciplinaridade em Estratégias de Saúde da Família (ESF) da 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná”, sobretudo à Luana Bernardi pelo auxílio na fase da coleta de dados.

Não posso esquecer as instituições e os profissionais (Faculdade Campo Real, Fundação Proteger e Departamento de Nutrição da UNICENTRO), com os quais trabalharei e compartilharei minhas aflições/angústias/dúvidas durante a integralização desta pesquisa.

À Prefeitura Municipal de Guarapuava e Secretaria Municipal de Saúde, representada pelos trabalhadores de saúde dos serviços estudados, pela confiança e disponibilidade em dividir suas reflexões sobre suas práticas.

Enfim, são muitas para poder citá-las, mas sou-lhes grata do fundo do meu coração a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste sonho.

*“Nem sempre visualizamos os resultados dos nossos esforços,  
mas sei que estes feitos ecoam na eternidade”*

*(Autor Desconhecido)*



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	viii
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	ix
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	x
<b>RESUMO</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>INTRODUÇÃO GERAL E JUSTIFICATIVA</b> .....	1
<b>Referências bibliográficas</b> .....	4
<b>OBJETIVOS</b> .....	6
<b>Objetivo geral</b> .....	6
<b>Objetivos específicos</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	7
<b>1.1 Interdisciplinaridade</b> .....	8
<i>1.1.1 Conceito</i> .....	8
<i>1.1.2 O trabalho interdisciplinar em saúde pública</i> .....	9
<i>1.1.3 Principais técnicas para a promoção do trabalho interdisciplinar</i> .....	10
<b>1.2 Desenvolvimento comunitário</b> .....	11
<i>1.2.1 Conceito de comunidade</i> .....	11
<i>1.2.2 Promoção à saúde</i> .....	13
<i>1.2.3 Desenvolvimento comunitário por meio da promoção à saúde</i> .....	14
<b>1.3 Políticas e programas governamentais: ações de saúde na comunidade</b> .....	15
<i>1.3.1 Histórico</i> .....	15
<i>1.3.2 Programas atuais de atenção básica</i> .....	16
<b>1.4 Regional de Saúde no Paraná</b> .....	18
<i>1.4.1 Regionalização do Estado do Paraná</i> .....	18
<i>1.4.2 Guarapuava: cidade-sede da 5ª Regional de Saúde</i> .....	20
<b>Referências bibliográficas</b> .....	21
<b>CAPÍTULO 2: TRABALHO INTERDISCIPLINAR: AVALIAÇÃO NA CIDADE-SEDE DA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, BRASIL</b> .....	28
<b>RESUMO</b> .....	30
<b>ABSTRACT</b> .....	31
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	32
<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	35
<b>RESULTADOS</b> .....	38
<b>DISCUSSÃO</b> .....	46
<b>CONCLUSÃO</b> .....	52
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	61
<b>APÊNDICES</b> .....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AEIN	Ação Educativa Interdisciplinar
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Família
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SESA-PR	Secretaria Estadual 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
UBS	Unidades Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão em Macrorregiões e Regionais de Saúde do Estado do Paraná.....	20
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos profissionais conforme o local de referência das Estratégias de Saúde da Família (ESF's), Guarapuava, PR, Brasil, 2015.....	36
Tabela 2. Descrição dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF's), segundo as variáveis: idade, gênero, escolaridade, curso de pós-graduação, profissão, tempo de experiência profissional e tempo de exercício profissional na instituição, Guarapuava, PR, Brasil, 2015.....	39
Tabela 3. Percepção dos profissionais em relação à existência de interdisciplinaridade nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), considerando-se as variáveis de identificação, formação profissional e o trabalho na ESF, Guarapuava, PR, Brasil, 2015.....	41
Tabela 4. Análise bivariada (odds ratio ajustado) para associação de variáveis com a existência de trabalho interdisciplinar nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), Guarapuava, PR, Brasil, 2015.....	42
Tabela 5. Prevalência das respostas obtidas pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de acordo com a localização, após a realização da ação educativa interdisciplinar (AEIN), Guarapuava, PR, Brasil, 2015.....	43
Tabela 6. 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), Guarapuava, PR, Brasil, 2015.....	44

## RESUMO GERAL

A interdisciplinariedade é concentrada não somente de troca de saberes, mas também de práticas. Neste contexto, o objetivo principal deste trabalho foi diagnosticar e promover o conhecimento interdisciplinar nas equipes de Estratégia de Saúde da Família da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliométrica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de onde foram obtidas as informações sobre o número de unidades com equipes de Estratégia de Saúde da Família na cidade, quantos e quais as categorias profissionais atuantes. Resultando em uma população de 435 profissionais distribuídos em 33 unidades de saúde. Foi aplicado um questionário validado e adaptado para diagnosticar a interdisciplinaridade nas unidades. Em seguida, foi realizada, por meio da metodologia da roda de conversa e auxílio de um álbum seriado, uma ação educativa interdisciplinar, a qual visou aumentar o conhecimento de informações conceituais sobre o trabalho interdisciplinar. Para verificar os resultados desta ação educativa, foi aplicado um questionário validado. 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. No total participaram 214 trabalhadores na pesquisa. A percepção da existência de interdisciplinaridade foi estatisticamente significativa para os profissionais com ensino superior, com tempo de exercício profissional na instituição menor que 5 anos, para aqueles que afirmaram presença de trabalho coletivo/ em equipe, existência de reuniões multiprofissionais e um planejamento das ações em saúde, e para aqueles que mencionaram que o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens. Foi detectada ainda, uma associação entre existência de trabalho interdisciplinar e os fatores: escolaridade, existência de trabalho coletivo/ em equipe e o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens. Em geral, a avaliação da atividade educativa foi positiva para a promoção da interdisciplinaridade nas equipes de ESF's. Conclui-se que é primordial a oferta de mais ações educativas no tocante à interdisciplinaridade, interrelacionando a equipe e a comunidade local. Sugere-se uma intervenção avaliativa direta aos usuários, ou ampliada à avaliação do trabalho para os demais municípios inseridos na 5ª Regional de Saúde.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Integração Comunitária; Pesquisa Interdisciplinar; Pessoal de saúde; Políticas Públicas de Saúde.

## GENERAL ABSTRACT

The interdisciplinarity is not conceptualized only of exchange of knowledge, but also practical. In this context, the main objective was to diagnose and promote knowledge interdisciplinary work of Family Health Strategy (FHS) in the city Headquarters 5<sup>th</sup>Regional Health of State of Parana, Brazil. For this, a bibliometric research in the National Register of Health Facilities was held, from which they were obtained information on the number of units with teams of FHS in the city, how many and what professionals working categories. Resulting in a population of 435 professionals working in 33 health facilities. It was applied a validated and adapted questionnaire to diagnose the interdisciplinary units. Then it was carried out, using the methodology of the conversation wheel and help on a flipchart, an interdisciplinary educational action, which aimed to raise awareness of conceptual information about interdisciplinary work. To check the results of this educational activity, a validated questionnaire was applied. The chi-square and Fisher's exact tests were used, as well as logistic regression to assess the association between variables and the understanding of the existence of interdisciplinary work in teams. In total 214 employees participated in the survey. The perception of the existence of interdisciplinarity was statistically significant for professionals with higher education, professional practice time in the smaller institution than 5 years for those who reported the presence of collective work/team, existence of multidisciplinary meetings and planning of actions in health, and for those who mentioned that work on the FHS provides new learning. It was also detected an association between the presence of interdisciplinary work and the factors: education, existence of collective work/team and work in the FHS provides new learning. In general, the assessment of educational activity was positive for the promotion of interdisciplinarity in the FHS's teams. In conclusion, it is essential to offer more educational actions with regard to interdisciplinarity, interrelating the team and the local community. Suggest a direct intervention evaluative users, or extended to the evaluation of the work to other municipalities entered the 5<sup>th</sup>Regional Health.

**Keywords:** Family Health Strategy; Community Integration; Interdisciplinary Research; Health Personnel; Health Public Policy.

## INTRODUÇÃO GERAL E JUSTIFICATIVA

A antiga concepção de trabalho em saúde centrado exclusivamente no tratamento da doença vem se mostrando incapaz de contribuir para a execução de práticas interdisciplinares no âmbito da atenção primária (MITRE; ANDRADE, COTTA, 2012). Dessa forma, atualmente, procura-se desenvolver práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, a qual ocorra trabalho em equipes (BRASIL, 2013). Para que a saúde pública aconteça nos moldes propostos, é necessário que as ações sejam interdisciplinares, resultando em uma abertura conceitual e histórica.

O conceito atual de saúde para os profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF's) é amplo e complexo, pois deixa de tratar da individualidade e parte para o coletivo, ocorrendo inter-relação entre o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade. Assim, é necessário que haja uma transição de paradigmas, visando romper a setorialização da realidade. Nota-se também, que a saúde deve ser pensada como produto social resultante de diversos fenômenos, sendo reconhecida como um campo do conhecimento interdisciplinar e intersetorial. Para que isso ocorra, o trabalho não deverá ser localizado em procedimentos profissionais, mas sim num método centrado no usuário e na comunidade.

As limitações inerentes às novas práticas da saúde demonstram que há um grande caminho a ser percorrido até atingir o patamar recomendado. Em meio a essa situação paradoxal, compreender o conceito de interdisciplinaridade se torna imprescindível. Assim, para Minayo (1991), o conceito de interdisciplinaridade, que surgiu no século XX, veio para atender à necessidade de transcender a fragmentação do saber, como paradigma hegemônico da ciência no mundo moderno e pela afirmação de forma isolada das disciplinas. É imprescindível observar que a interdisciplinaridade não tem a pretensão de anular a disciplinaridade. Também, não significa a justaposição de saberes e não anula a especificidade de cada campo do saber. Mas, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada profissão com vistas à uma ação coletiva (GOMES; DESLANDES, 1994). Vale ressaltar que, no campo da saúde, a expressão frequentemente utilizada acerca do tema consiste em “equipes multiprofissionais”. Este fato conduz a uma reflexão sobre o agir lado a lado, reproduzindo os processos de trabalho interprofissionais nas relações de integração e interação entre as disciplinas e os trabalhadores, na esfera da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta estratégia coletiva busca minimizar a

hiperespecialização, que tem caracterizado as práticas em saúde na contemporaneidade.

A APS ou atenção básica (AB) se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, compreendendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, entre outras ações. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem seus princípios e diretrizes pautados no objetivo de desenvolver ações integradas, que impactem na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Acrescenta-se ainda, que a AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural de um contexto comunitário.

As (ESF's) e os Núcleos de Apoio da Família (NASF's) surgiram no Brasil como uma forma de reorientação do modelo assistencial, a partir da AB, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSA; LABATE, 2005). A ESF consiste em um programa operacionalizado, por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. São responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Além disso, intervir na manutenção da saúde (BRASIL, 2013), promovendo o desenvolvimento comunitário de um determinado território.

As equipes de ESF's são compostas por no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Quando ampliada, pode contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. O NASF surgiu em 2008, vinculado a um número variável de equipes de saúde da família, podendo ser composto por até 19 profissionais, entre eles nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e psiquiatras, tendo o intuito de ampliar a abrangência das ações da AB (SILVA et al.,2012). Os profissionais das diferentes áreas de conhecimento, que compõem ambas as equipes, devem atuar de maneira integrada, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Neste aspecto, a PNAB destaca-se dentre as atribuições comuns dos membros das equipes, a necessidade da realização do trabalho interdisciplinar e em grupo, integrando áreas técnicas e profissionais de distintas formações (BRASIL, 2012), com o foco na saúde.

Alguns estudos (TAMBELLINI; CAMARA, 1998; OSMO; SCHRAIBER, 2015)



mostram, ainda, que o campo da saúde coletiva é múltiplo, ao apresentar muitas variáveis mediadoras no processo saúde-doença. Em consonância, Roquete et al. (2012), esquematizam a relação entre as responsabilidades em saúde e os vários níveis de determinantes sociais. Este é um molde circular, que o indivíduo se dispõe no centro e suas características pessoais (idade, gênero, fatores genéticos), comportamentos e estilos de vida, redes comunitárias, condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de acesso aos alimentos, à saúde e determinantes econômicos, culturais e ambientais, estão ao seu entorno.

Segundo Cardoso e Nascimento (2010), dentre as dificuldades para a construção de uma proposta interdisciplinar na área da saúde, cita-se: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde; a relação do saber-poder disciplinar, que aprisiona o conhecimento em compartimentos; a estrutura das instituições de ensino enquanto precursoras do conhecimento disciplinar voltadas para a formação do especialista e; o processo de trabalho heterogêneo e fragmentado em campos específicos, materializado pelas diversas profissões que compõem a área da saúde.

Estudos demonstram os desafios da ação interdisciplinar na AB (LOCH-NECKEL et al., 2009; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; DAVID; TORRES, 2013). Os resultados apontam que o contato dos membros da equipe de saúde com as demandas os colocam diante da impotência das respostas, por meio dos procedimentos técnicos rotineiros e fragmentadores, perante a complexidade do objeto da saúde. Assim, essas necessidades ultrapassam o âmbito para o qual os trabalhadores foram tradicionalmente preparados: o corpo biológico como objeto de ação e a centralização das práticas nos atos médicos. Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo avaliar e promover o conhecimento do trabalho interdisciplinar entre profissionais das equipes de ESF da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Ressalta-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 2 capítulos. No Capítulo 1 será abordada a revisão bibliográfica do tema de estudo. Já, no Capítulo 2 será apresentado um artigo científico produzido com os resultados obtidos na pesquisa.

## **Referências bibliográficas**

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica: saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaoobasica.php>. Acesso em: 02 junho 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 432p.

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.

DAVID, G.F.; TORRES, H.C. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em diabetes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.6, p.1185-1192, 2013.

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.

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

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, v.24, n.2, p.70-77, 1991.

MITRE, S.M; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um

resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Revista Saúde e Sociedade**, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

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.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

SILVA, A.T.C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.11, p.2076-2084, 2012.

TAMBELLINI, A.T.; CAMARA, V.M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n.2, p.47-59, 1998.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Avaliar e promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre profissionais das equipes de ESF da cidade-sede da 5ª 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. Avaliar o trabalho interdisciplinar entre os profissionais de saúde atuantes nas ESF's;
3. Realizar ações educativas visando promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de ESF.

---

**CAPÍTULO 1**

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---

# 1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 1.1 Interdisciplinaridade

### 1.1.1 Conceito

A conceituação etimológica da palavra interdisciplinaridade se formou da junção da preposição latina *inter* (entre; no meio de) ao substantivo disciplinaridade (derivação de aprender) (PHILIPPI JUNIOR, 2000). Essa palavra reflete a conexão não apenas entre os saberes, mas, sobretudo, de um saber com outro saber, ou dos saberes entre si. De acordo com Fontoura et al. (2014), o termo interdisciplinar é definido como uma unidade integral, de inter-relação e interação entre as informações técnicas e científicas de duas ou mais disciplinas, a favor de um objetivo comum. Para Scherer et al. (2013), a interdisciplinaridade nas ESFs compreende um preceito crítico acerca do saber disciplinar, necessitando não somente de troca de saberes, mas também de práticas, estabelecendo uma íntima relação entre conhecimento e ação.

Alguns estudos demonstram a relação da palavra interdisciplinaridade com outros termos, dentre eles: disciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. Neste aspecto, Morin (2003) descreve que a disciplina consiste em um saber organizado dentro do conhecimento científico, estabelecendo a separação e a especialização do trabalho. Já, o termo multidisciplinaridade é compreendido como uma associação de diferentes áreas em torno de um ou mais temas, em que cada saber mantém sua metodologia e independência. Deve-se enfatizar que, é dispensável a cooperação entre as disciplinas, ou seja, não existe a formação de um diálogo entre elas. Conforme Costa (2002), a multidisciplinaridade incide em uma justaposição de diversas disciplinas, porém, não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação. Com relação ao termo transdisciplinaridade, Cruz e Costa (2015) consideram algo além da interdisciplinaridade, não havendo restrições aos diálogos e as trocas entre os saberes, visto que relata não haver fronteiras entre as disciplinas. Assim, o transdisciplinar caracteriza-se como um avanço na qualidade, auto-superação científica, técnica e humanística, levando a novos conhecimentos e saberes diferenciados (COIMBRA, 2000).

O desafio atual do trabalho em equipe, principalmente nas ESF's, está em alcançar a “auto-superação científica”, iniciando por um nível primário de integração (multidisciplinaridade), passando para o nível intermediário de agregação dos saberes (interdisciplinaridade) e, culminando na etapa superior com rompimento das disciplinas (transdisciplinaridade) (MORIN, 2003).

### *1.1.2 O trabalho interdisciplinar em saúde pública*

A saúde pública é definida como um ramo da medicina voltada à prevenção e controle de doenças e deficiências, também para a promoção da saúde física e mental da população em diferentes níveis (internacional, nacional, estadual ou municipal) (BRASIL, 2014). Nesse contexto, o termo “saúde” ganha complexidade quando deixa de tratar da individualidade e parte para o coletivo, devido à inter-relação entre o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade. Nota-se também, que a saúde deve ser pensada como produto social, resultante de diversos fenômenos, sendo reconhecida como um campo do conhecimento interdisciplinar e intersetorial. Este fato pode ser confirmado por Araujo et al.(2011), ao demonstrarem a importância da formação e atuação interdisciplinar: ampliação das linhas de cuidados em saúde, necessidade de vínculo na relação interprofissional e com o usuário, considerando o indivíduo em sua totalidade. Para que isso ocorra, o trabalho não deverá ser localizado em procedimentos profissionais, mas sim um método centrado no usuário e na comunidade. A literatura aponta, ainda, que o campo da saúde coletiva é múltiplice, ao apresentar muitas variáveis mediadoras no processo saúde-doença (PAIN; ALMEIDA FILHO, 1998; ESCÓSSIA, 2009; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013).

O termo interdisciplinaridade em saúde coletiva situa-se em uma convergência de duas ou mais áreas do conhecimento (profissões), que ofertam um avanço das fronteiras da ciência (cuidado com o paciente), gerando novos conhecimentos (benefícios no tratamento) alguns termos tornam-se presente, entre eles: a integralidade e o trabalho em equipe (SILVA et al., 2013; BASTOS et al., 2014). A integralidade consiste em uma das diretrizes do SUS, que deve ser trabalhada em todos os níveis de complexidade para o atendimento das necessidades da população. Deve abordar o indivíduo e/ ou grupo de forma ampla, considerando os diversos aspectos do ser humano, tais como: situação familiar, social, cultural e ambiental (ARAUJO et al., 2011). Segundo Souza et al.(2012a), a atividade integral consente uma percepção holística do sujeito, impossibilitando ações

dissociadas, ressaltando a necessidade da existência de um trabalho em equipe. Já, o trabalho em equipe é essencial para a operacionalização satisfatória da saúde pública. Assim, é de extrema importância que a atenção seja embasada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade das necessidades de saúde (SILVA et al., 2012).

Atualmente, para que a saúde pública aconteça nos paradigmas propostos, é necessário que as ações sejam interdisciplinares, resultando em uma abertura conceitual e histórica. Neste aspecto, Costa et al. (2008) afirmam que o trabalho em equipe multiprofissional deve ter um propósito norteador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde. Deve objetivar mudanças sobre os fatores que afetam o processo saúde-doença da comunidade, a partir de uma maior interação entre os profissionais e ações que desenvolvem. Assim, o trabalho integrado em equipe tem a necessidade de conexão de distintos processos de trabalho, valorização a participação de diversas ciências para a produção de cuidados. Em suma, o importante é estruturar concordâncias, quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, e a forma mais compatível de obtê-los (PAVONI; MEDEIROS, 2009). Desta maneira, o tratamento integral do indivíduo, famílias e comunidade torna-se simplificado, pela soma das ações dos diferentes profissionais que formam as equipes interdisciplinares, com o intuito de promover o desenvolvimento comunitário.

### *1.1.3 Principais técnicas para a promoção do trabalho interdisciplinar*

Para que haja uma efetividade do trabalho interdisciplinar em equipes, a educação em saúde deve ser ofertada continuamente aos profissionais, instigando-os a agir de forma integrada em prol do usuário e/ ou comunidade. Neste aspecto, a promoção de ações educativas é de extrema importância, uma vez que permite uma melhor atuação dos profissionais no atendimento ofertado aos usuários das ESF's. Acredita-se que as ações educativas podem estimular a construção da autonomia dos sujeitos, por meio da problematização de conceitos, da troca de informações e da reflexão para ação dos profissionais envolvidos (FLISCH et al., 2014).

Dentre as técnicas educativas possíveis de serem implantadas para os profissionais de saúde, destaca-se a metodologia de “Rodas de Conversas”, por conferir maior ênfase à educação em saúde e um espaço dialógico (UCHOA, 2009). Estas práticas ganharam maior efetividade a partir da X Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1996, a qual



ênfatizou que a educação em saúde deveria ser norteada pelos problemas e necessidade sociais da população, objetivando a conversa permanente com todas as esferas de conhecimento, especialmente a cultura popular, e não apenas na prescrição de tratamentos, condutas e mudanç as comportamentais, privilegiando somente a transmissão de conhecimentos pontuais (BRASIL, 1996; ALVES; AERTS, 2011). Nicoletto et al. (2009), analisaram o processo de implantação e desenvolvimento da política da Educação Permanente em Saúde (EPS), realizado na 18<sup>a</sup> Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR), por meio de “Rodas de Conversas”. Os autores verificaram que este método permite a participação de todos os envolvidos nas discussões, apontando-se as necessidades e organizando as estratégias coletivas que possam interferir positivamente na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Mais recentemente, Roecker et al. (2012) investigaram como os enfermeiros planejam e executam a educação em saúde na 10<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná. Os resultados demonstraram que a principal metodologia utilizada consiste em uma fala inicial, seguida por uso de álbuns seriados/ *banners*/ *flip charts* e multim dia. É importante ressaltar que devido   falta de pessoal, muitos trabalhadores não conseguem se ausentar totalmente de suas tarefas para realizar cursos e/ ou capacitações e, dessa forma as práticas educativas necessitam ser realizadas no próprio ambiente de trabalho com os recursos didáticos disponíveis (SHIMIZU; REIS, 2011; SILVA et al., 2014).

## **1.2 Desenvolvimento comunitário**

### *1.2.1 Conceito de comunidade*

A palavra comunidade pode ter vários significados, dentre eles: a qualidade daquilo que é comum, agremiação, comuna, sociedade, identidade, paridade, conformidade, lugar onde vivem indivíduos agremiados (FERREIRA, 1999). Segundo Heller (1992), a comunidade consiste em uma unidade estruturada, organizada em grupos, dispendo de uma hierarquia homog nea de valores e   qual o indivíduo pertence, necessariamente. Dessa forma, para a existência de uma comunidade é preciso coesão e estabilidade social dos grupos, objetivando a promoção do crescimento econ mico (FRAGOSO; LUCIO-VILLEGAS, 2014). Um dos motivos para a formação de uma comunidade consiste na intenção de explicitar no grupo selecionado e, através dele, a sua própria individualidade.

Assim, quem escolhe um valor e aspira à sua realização escolhe, também, uma comunidade, visto que as ações com relação à comunidade representam a necessidade de cada ser, que são manifestadas coletivamente no grupo escolhido (BAUMAN, 2003).

Na esfera de uma comunidade, a participação em grupo reflete a participação dos representantes na elaboração, no controle e na operacionalização das políticas de saúde nas diferentes esferas governamentais (federal, estadual ou municipal). Nessa perspectiva, Mathews (2014) faz uso do termo “público”, o qual pode ser definido como um grupo diferenciado de pessoas que se reúnem com propostas similares para fazerem escolhas sobre como querem alcançar o bem-estar comum. Considera-se assim, que a comunidade não é apenas ser parte, fazer parte, tomar parte, mas principalmente “*ter parte*” (CARVALHO, 2014). Diante disso, a participação comunitária está subsidiada em um tripé essencial que possui: a) uma comunidade ativa; b) um sistema de saúde com possibilidade de aceitar, captar e estimular a participação dessa comunidade e; c) um campo de relação entres ambos, que se baseia, principalmente, na divulgação do conhecimento médico e do conhecimento geral (ALMEIDA, 2013). Mathews (2014), também argumenta ser necessário visualizar as pessoas além dos sujeitos, com necessidades e direitos de participação, e, além disso, como recursos valiosos capazes de fomentar mudanças fundamentais nas políticas de saúde.

Os profissionais de saúde possuem papel de destaque em uma comunidade, fortalecendo a participação dos indivíduos no processo saúde-doença-cuidado. De acordo com Almeida (2013), a integração da equipe de saúde *in loco* promove um conhecimento mais profundo da comunidade, bem como de suas necessidades, conservando um diálogo permanente e eficiente. Neste contexto, uma categoria profissional merece destaque: os ACS's, apontado como o principal elo de ligação entre os serviços de saúde e a população (CREVELIM; PEDUZZI, 2005; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

As atribuições dos profissionais de saúde estão focadas em ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população pertencente à unidade de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade (BRASIL, 2012). Assim, os profissionais de saúde podem representar o grupo a qual estão inseridos, visto que estão presentes na comunidade e na equipe de saúde, pertencendo ao mesmo tempo aos dois grupos. Destaca-se também, sua atuação como mediadores na concepção de vínculos e na reorganização do

trabalho em equipe. Dessa forma, a consolidação da interação entre membros de uma comunidade e representantes dos serviços de saúde (sujeitos com agir singular) unificam um território comum, adquirindo maiores conhecimento sobre as condições de saúde-doença-cuidado, facilitando assim, o trabalho de vigilância e promoção da saúde.

### *1.2.2 Promoção à saúde*

A promoção da saúde pode ser caracterizada como uma “articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução do processo saúde-doença” (BUSS, 2000). Já conforme Czeresnia e Freitas (2003), o termo “gerar saúde” representa uma dimensão muito mais ampla do que o campo peculiar da saúde, incluindo subsídios físicos, psicológicos e sociais.

As discussões iniciais sobre a promoção da saúde surgiram mundialmente após a realização de três importantes conferências internacionais sobre o assunto, ocorridas entre em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991). Um documento que merece destaque para esclarecer a promoção da qualidade de vida consiste na Carta de Ottawa, a qual foi elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em novembro de 1986. Neste caso, o assunto é tratado como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria e controle de sua qualidade de vida e saúde. No Brasil, a expansão da promoção à saúde teve seu início com as Cartas da Promoção da Saúde no ano de 2002, as quais apontavam referências resultantes do processo de discussão e construção coletiva sobre as definições fundamentais abordadas sobre o tema (BRASIL, 2002). Soma-se ainda, as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que reconhecem que o fomento a saúde consiste em parte essencial da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. Além disso, também estimulam ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral da promoção da saúde. Por fim, buscam o fortalecimento da participação social na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial, a equidade e o empoderamento individual e comunitário (BRASIL, 2006).

A busca pela qualidade de vida, diminuição da vulnerabilidade e de riscos à saúde (quer seja pelo modo de viver e condições de trabalho, habitação, ambiente e educação, quer seja pelo acesso a bens e serviços essenciais), envolve fatores complexos e que devem

ser constantemente avaliados (BRASIL, 2011). Assim, para se promover a saúde em uma comunidade deve-se haver intervenção de diversos profissionais em uma perspectiva intersetorial. Segundo Teixeira (2006), a “geração de saúde” ocorre por uma combinação de estratégias do campo das políticas públicas, do esforço da ação comunitária, das reorientações do sistema de saúde e das parcerias interinstitucionais. Diante disso, Silva et al. (2012) mencionam que existe a necessidade do cruzamento de práticas entre os profissionais, estabelecendo-se o cuidado por meio de ações coletivas, com foco no trabalho interdisciplinar, proporcionando uma assistência humana e integral aos usuários dos serviços de saúde. Destaca-se que as ações de promoção da saúde revelam questões que vão muito além dos cuidados de saúde, requerendo a identificação e a remoção de obstáculos para implantação de políticas públicas nas áreas indiretamente ligadas à saúde. Como exemplo, citam-se as conquistas nos âmbitos do planejamento, organização e gerenciamento de setores distintos como a saúde, educação, habitação, saneamento e segurança com vistas para maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidade sociais, resultando assim, no completo desenvolvimento comunitário (BRASIL, 2014).

### *1.2.3 Desenvolvimento comunitário por meio da promoção à saúde*

O desenvolvimento comunitário se caracteriza, principalmente, pela mensuração de parâmetros como a expectativa de vida e grau de alfabetização, os quais em conjunto demonstram a situação de bem-estar da população e seu grau de liberdade econômica (COSTA; LUSTOSA, 2007). O desenvolvimento comunitário e a participação social na área da saúde não são processos simples. Trata-se de transformar concepções, costumes e particularidades de atuação, tanto dos profissionais, como das instituições de ensino e de serviços inseridos no contexto (IZQUIERDO; CHAVES, 1994).

A discussão sobre a participação da comunidade no contexto da saúde iniciou-se em 1978, com a Conferência Internacional de Saúde promovida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram abordados temas relacionados à APS, com o princípio de "Saúde Para Todos Até o Ano 2000", sendo adotado como um objetivo básico para políticas públicas de saúde e desenvolvimento (RODRIGUES FILHO, 1992).

Almeida (2011) exemplifica este contexto, ao reportar que o desenvolvimento comunitário reflete o crescimento dos indivíduos residentes nas áreas de atuação do

Programa Saúde da Família (PSF). Isso ocorre, especialmente, em questões de saúde, abrangendo dimensões sociais voltadas à melhoria da qualidade de vida. Assim, para que ocorra um efetivo fortalecimento do coletivo, há a necessidade de identificação das organizações sociais existentes e ações que capacitem às práticas de autocuidado (individual, coletivo e do meio ambiente). Para que este processo possa transformar a realidade local, Souza et al. (2005) enfatizam que um trabalho interdisciplinar contribui para que diferentes profissionais possam planejar ações, modificando aspectos da realidade em uma comunidade, repercutindo na promoção à saúde. Assim sendo, a participação destes trabalhadores são fundamentais para a melhoria e solução dos problemas locais. Porém, a equipe multiprofissional não é um simples componente do sistema, mas deve estar diretamente inserida no processo produtivo, por meio das políticas e programas que garantam o fornecimento de serviços de saúde necessários as suas comunidades. Considerando o exposto, os ACS, médicos, enfermeiros e demais membros são os principais agentes de promoção da saúde em seu território, onde o clinicar deve considerar a cultura regional, agregando um conceito de saúde ampliada, possibilitando maior aproximação dos profissionais com a população (FONTOURA et al., 2014).

### **1.3 Políticas e programas governamentais: ações de saúde na comunidade**

#### *1.3.1 Histórico*

Com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que ocorreu nos anos 80, os determinantes relacionados com o processo saúde-doença se ampliaram. O conceito de saúde ganhou novos significados e uma concepção mais abrangente, tornando-se um bem público e de cidadania, garantida por um direito a todo e qualquer cidadão (COHN, 2009). Para efetivar este direito foi implantado o SUS, o qual foi idealizado como um sistema público de saúde com cobertura universal, fundamentando a saúde como direito humano e constitucional e dever do Estado, consistindo na maior política de inclusão social da história do Brasil (MENDES, 2013). Além disso, o SUS foi instituído como competência das três esferas do governo, prevendo a garantia de acesso às ações e serviços em saúde de forma universal e igualitária. Com a Constituição Federal de 1988 e promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990) os princípios do SUS foram garantidos. Destaca-se aqui, a integralidade, ou seja, o acesso aos serviços de saúde em todos os contextos de

assistência, com menor ou maior densidade tecnológica, de acordo com necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; PIMENTEL et al., 2014). Para tanto, atualmente, é comum que as instituições relacionadas à saúde designem comissões intersetoriais para tratar coletivamente as influências de condições de vida/ trabalho/ ambiente sobre a saúde e vice-versa.

Alguns eventos foram fundamentais para se discutir os conceitos de integralidade e de promoção à saúde inseridos nos princípios do SUS, os quais ocorreram debates das responsabilidades e dos direitos dos indivíduos e comunidades sobre a saúde, dentre elas a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa (1986). Nesta, utilizou-se como parâmetro a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde (1978), que avaliou os princípios básicos da APS (SOUSA et al., 2011). Pimentel et al. (2014) reforçam que a consolidação do SUS originou-se na reorientação da AB, surgindo em 1994 e, com maior expressão nacional a partir de 1995 com a execução do PSF. As diretrizes do PSF foram inspiradas em experiências exitosas no Brasil, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Ceará), desenvolvido desde 1987, e o Programa Médico de Família (Niterói, RJ), implantado em 1992 (BACKES et al., 2012; FILGUEIRAS et al., 2012; PIMENTEL et al., 2014). No decorrer de sua operacionalização, mais precisamente em 2011, o PSF passou a ser designado ESF. Conforme destacam Vieira e Ferreira (2015), a ESF tinha a finalidade de reorganizar a prática de atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional curativo e adotando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Assim, os princípios básicos da ESF era considerar, permanentemente, o meio e a forma de organização social onde o indivíduo está inserido, com uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade.

### *1.3.2 Programas atuais de atenção básica*

No Brasil, os programas governamentais que se destacam atualmente por sua atuação na AB são as ESF's, o PACS, as equipes de Atenção Básica para populações específicas (equipes de Consultório na Rua, equipes para Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense), os NASF's e o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2011). Dentre estes, as ESF's demonstraram maior eficácia na prevenção e promoção da saúde à comunidade, pois apresentam um planejamento com a participação da população, permitindo diagnosticar a situação de saúde, elaborar planos,

monitorar e avaliar as ações, além de imprimir corresponsabilidade de todos para efetivação do trabalho (ALVES et al., 2011).

Dentre os programas mais recentes, e com maior destaque na política pública brasileira por sua eficiência na esfera comunitária, destaca-se a ESF, o qual está inserido dentro da AB ou da Atenção Primária em Saúde (APS). Seu objetivo era a reorganização das unidades básica de saúde (UBS), buscando proporcionar aos usuários a atenção focada na saúde, trazendo como sujeitos do processo de ação o indivíduo, a família e a comunidade (BRASIL, 2006). Cabe ressaltar que, os termos AB e APS são usados frequentemente nos discursos dos profissionais da área da saúde com a mesma sinonímia ou, também, para representar conjuntos análogos de ações, conceitos e processos de trabalho. Em geral, a AB expressa os problemas mais comuns da comunidade; influi diretamente para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, maximizando a saúde e integrando a atenção na existência de diversos problemas (SOUZA et al., 2012b).

Os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais da ESF devem apresentar, no mínimo, um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS (BRASIL, 1998). Quando ampliada, pode contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2012). Estas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes de um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Assim, a ESF pode, se bem orientada, potencializar o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais, visto que os profissionais de saúde estão inseridos em território determinado e engajados na realidade local de vida das comunidades (SILVA et al., 2011).

O programa ESF consiste em um modelo reorientador da rede de assistência à saúde com base na AB, muito adequado ao conceito de promoção de saúde, conforme se observa na literatura atual. Segundo Oliveira e Spiri (2006), a ESF surgiu para atender o núcleo familiar, descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população. Em concordância, Andrade et al. (2011) afirmam que esta estratégia é um modelo flexível de atenção à saúde, sem se fechar num modelo acabado, com atenção às necessidades comunitárias, individuais e culturais, tendo a finalidade única de garantir a melhor qualidade de vida. Filgueiras et al. (2012), mencionam que a ESF surge como uma tentativa de enfrentar a crise do modelo assistencial concentrador antigo, ampliando a

cobertura de ações de saúde. Almeida (2013) define a ESF como um novo modelo de fazer saúde, contendo uma concepção integradora, corresponsabilizando a saúde entre família/indivíduo e profissional.

Atualmente, a ESF busca um trabalho em equipe, com uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, com a interação organizada entre indivíduos, os quais apresentam competências e habilidades distintas direcionadas para o contexto familiar e comunitário (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012). Todavia, acredita-se que a prática não ocorre conforme o descrito na teoria, demonstrando-se assim a necessidade de pesquisas que avaliem e incentivem novas ações interdisciplinares. Com o intuito de estender a abrangência e o escopo da ESF, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2008, o NASF. Nesta equipe, deve existir profissionais de distintas áreas, os quais necessitam atuar em parceria com a ESF, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

Dentre as categorias profissionais que compõem o NASF, destacam-se: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico (acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra e psiquiatra), psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008), os quais passam a desenvolver um trabalho integrado com as demais categorias profissionais de saúde. No entanto, a maioria dos profissionais brasileiros é formada no padrão flexneriano, o qual aprimora a abordagem curativa, individual e centrada em hospitais, representando um desafio ao efetivo trabalho interdisciplinar (SILVA et al., 2012). Dessa forma, o grande desafio destes programas é romper com o paradigma embasado no corporativismo, com uma estrutura verticalizada de poder e fragmentação do conhecimento, representando um processo de trabalho que opera continuamente, com o deslocamento dos atuais modelos presentes.

## **1.4 Regional de Saúde no Paraná**

### *1.4.1 Regionalização do Estado do Paraná*

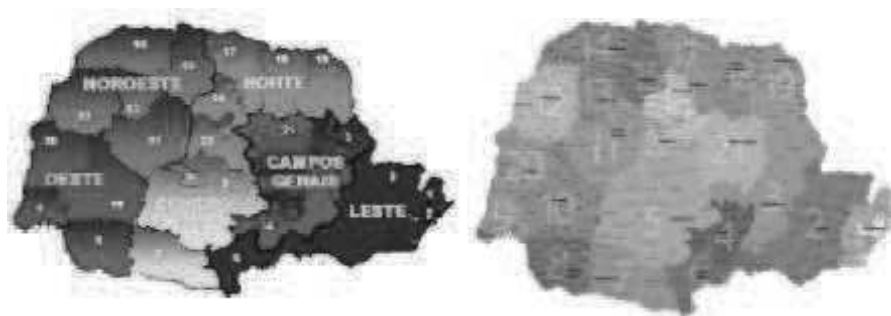
A regionalização da saúde tem a finalidade de organizar as cidades em divisões hierárquicas, o que facilita a locomoção de pacientes que necessitam de atendimento em cidades distantes de sua origem. Desta forma, a implantação das Normas Operacionais



Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) causou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios um conjunto de responsabilidade e recursos para a operacionalização do SUS.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2001 surgiu em consonância com as NOB-SUS, propondo estratégias que contribuíssem para o processo de regionalização em saúde, como forma de promover a descentralização (BRASIL, 2001; TREVISAN et al., 2012). Nesse contexto, a NOAS-SUS retrata a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial. Contempla também um planejamento integrado com redes articuladas e cooperativas de atenção à saúde, que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, necessários para a resolução dos problemas de saúde (SOUZA, 2001). Conforme Lima et al. (2012), o progresso da regionalização pretende interferir positivamente no acesso à saúde, visto que considera os determinantes sociais na forma como se expressam no território e, ainda, fazem uso dos recursos humanos e tecnológicos presentes na região. Considerando o exposto, o Estado do Paraná criou em 2001, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), sendo atualizado em 2009, versão em vigência atualmente. O PDR remete ao processo final de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, almejando a qualificação do processo de descentralização, a garantia do acesso e promoção da equidade e, por fim, a garantia da integralidade da atenção em saúde (PARANÁ, 2009).

O desenho da rede de atenção à saúde do Estado do Paraná está organizado em 2 pólos estaduais, 6 macrorregiões, 22 regiões e 52 microrregiões de saúde, configurando espaços privilegiados de articulação intergovernamental, conforme descrito na Figura 1.



Macrorregiões de Saúde

Regionais de Saúde



5ª Regional de Saúde

**FIGURA 1.** Divisão em Macrorregiões e Regionais de Saúde do Estado do Paraná (PARANÁ, 2009).

De acordo com o PDR, uma Regional de Saúde se define por possuir um município sede como referência para o cuidado e atenção à saúde para os procedimentos não realizados nas microrregiões de sua área de abrangência (PARANÁ, 2009). Assim, a regionalização consiste em uma diretriz do SUS e garante o direito à saúde, reduz desigualdades sociais e territoriais e promove a equidade, possibilitando os meios adequados para a redução das diferenças no acesso às ações e serviços de saúde existentes (BRASIL, 2006). Para Lavras (2011), o grande desafio para a regionalização parece estar na construção de um sistema integrado, que respeite a autonomia de gestão de cada município, e consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade para os usuários.

#### *1.4.2 Guarapuava: cidade-sede da 5ª Regional de Saúde*

A 5ª Regional de Saúde do Paraná, mais precisamente o município sede de Guarapuava, está localizada na Macrorregião do Centro-Sul do Estado, apresentando um

total de 169.007 habitantes, o que representa 37,21% dos habitantes da regional. Possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,731, com área da unidade territorial de 3.178,669 km<sup>2</sup> e com densidade demográfica de 53,68 hab/ km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Abrange 20 municípios, distribuídos em 3 microrregiões: a) Guarapuava (Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo), b) Laranjeiras do Sul (Marquinho, Nova Laranjeira, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond) e, c) Pitanga (Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Laranjal e Palmital), com população total de 454.220 habitantes.

Em relação ao número de estabelecimentos de saúde descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a 5ª Regional apresenta 811 estabelecimentos, sendo que 411 (50,67%) são no município sede, demonstrando a relevância da cidade para a esfera da saúde regional. No total, a Regional de Guarapuava possui cadastradas 78 UBS's, todavia 33 (43,31%) estão no município sede, consistindo 31 ESF's e 2 NASF's (BRASIL, 2015).

### **Referências bibliográficas**

ALMEIDA, M.J. **A organização dos serviços de saúde em Londrina: antigos e novos registros de uma experiência em processo**. Londrina, PR: INESCO, 2013. 226p.

ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde: a mudança é possível?** 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: ABEM, 2011. 212p.

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

ANDRADE, L.O.M. et al. Promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, A.M.F. et al. **Promoção da saúde no contexto da estratégia da saúde da família**. Campinas, SP: Saberes Editora. 2011, p.23-44.

ARAUJO, E.M.D. et al. Educação interprofissional e promoção da saúde: desafios para estratégias saúde da família. In: CATRIB, A.M.F. et al. **Promoção da saúde no contexto da estratégia da saúde da família**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011, p.23-44.

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

BASTOS, A.Q. et al. Interdisciplinaridade na gestão do trabalho em equipe: uma prática enriquecedora. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida, 2014, Fortaleza, CE. **Anais 11º Congresso Internacional da Rede Unida**, Botucatu: 2014. Suplemento Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/106>. Acesso em: 15 julho 2015.

BAUMAN, Z. Da igualdade ao multiculturalismo. In: BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p.82-99.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 244 p.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 432p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. 91p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: **NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95**, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.114p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 56p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da **Portaria MS/GM n° 687**, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

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.

CARVALHO, G.C.M.N. **Participação da comunidade na saúde**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. 245p.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1614-1619, 2009.

COIMBRA, J.A.A. Considerações sobre a interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JR., A. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais**. São Paulo, SP: Signus Editora, 2000. p.52-70.

COSTA, M.J.P.; LUSTOSA, M.C.J. Mensuração do Desenvolvimento Socioeconômico e Ambiental. In: VII Encontro da Sociedade Brasileira de Economia Ecológica, 2007,

Fortaleza, CE. **Anais do VII Encontro da Sociedade Brasileira de Economia Ecológica.** Fortaleza, CE: Ecoeco, 2007. Disponível em: <https://www.google.com.br/#q=Mensura%C3%A7%C3%A3o+do+Desenvolvimento+Socioecon%C3%B4mico+e+Ambiental>. Acesso em: 18 julho 2015.

COSTA, R.K.S. et al. Trabalho em Equipe de Saúde: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.4, p.530-536, 2008.

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

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.323-331, 2005.

CRUZ, E.; COSTA, F.A. Formas e manifestações da transdisciplinaridade na produção científico-acadêmica em Portugal. **Revista Brasileira de Educação**, v.20, n.60, p.195-213, 2015.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2003. p.117-139.

ESCÓSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.1, p.689-694, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1999. 2127p.

FILGUEIRAS, A.S. et al. O trabalho na atenção básica: estratégias e desafios para um novo modo de fazer saúde. In: ABRAHÃO, A.L. et al. **Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde.** Niterói, RJ: Editora UFF, 2012. p.49-66.

FLISCH, T.M.P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Revista Interface (Botucatu)**, v.18, supl. 2, p.1255-1268, 2014.

FONTOURA, L.F. et al. Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do trabalho em grupo nas ações de educação em saúde. **Revista Uniabeu Belford Roxo**, v.7, n.15, p.66-75, 2014.

FRAGOSO, A.; LUCIO-VILLEGAS, E. A mediação na comunidade e no desenvolvimento comunitário: tendências e potencialidades. **Revista Lusófona de Educação**, v.28, n.1, p.55-69, 2014.

HELLER, A. Indivíduo e comunidade – uma contraposição real ou aparente? In: HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. São Paulo, SP: Editora Paz e Terra, 1992. p.65-85.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 03 out. 2015.

IZQUIERDO, J.; CHAVES, M. La comunidad como componente esencial de los proyectos UNI. In: **Programa UNI: una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud**. Fundación WK Kellogg, 1994. p.53-64.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, L.D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmicas e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1903-1914, 2012.

MATHEWS, D. **Fortalecendo a atuação democrática de comunidades**. Curitiba, PR: Inesco: Complexo Pequeno Príncipe: AEW-PR, 2014.58p.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Revista Estudos Avançados**, v.27, n.78, p.27-34, 2013.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2003. 121p.

NICOLETTO, S.C. S. et al. Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e**

**Educação**, v.13, n.30, p.209-219, 2009.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.4, p.727-733, 2006.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. **Revista Interface**, v.17, n.44, p.211-218, 2013.

PAIN, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Departamento de Organização e Gestão do Sistema. **Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no estado do Paraná**. Curitiba, PR: SESA, 2009. 139p.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, R.G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.2, p.265-271, 2009.

PHILIPPI JUNIOR, A. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais**. São Paulo: Signus Editora, 2000. 327p.

PIMENTEL, B.V. et al. A utilização dos indicadores de saúde bucal e de desenvolvimento humano no monitoramento da atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba-Pr. **Revista Espaço para a Saúde**, v.15, n.3, p.42-52, 2014.

RODRIGUES FILHO, J. Participação comunitária e descentralização dos serviços de saúde. **Revista Administração Pública**, v.26, n.3, p.119-129, 1992.

ROECKER, S. et al. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p.641-649, 2012.

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.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**,



v.17, n.9, p.2405-2414, 2012.

SHIMIZU, H.E.; REIS, L.S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p.3461-3468, 2011.

SILVA, C.P. Política Nacional de promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. In: CATRIB, A.M.F. et al. **Promoção da saúde no contexto da estratégia da saúde da família**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.p.101-110.

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.6, p.789-794, 2013.

SILVA, A.T.C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.11, p.2076-2084, 2012.

SILVA, S.S. et al. Agente comunitário de saúde: o uso da educação em saúde como facilitadora do cuidado. **Revista Em Extensão**, v.13, n.2, p.122-128, 2014.

SOUSA, M.L.T. et al. Por um nova promoção da saúde com arranjos participativos emancipatórios na Estratégia de Saúde da Família. In: CATRIB, A.M.F. et al. **Promoção da saúde no contexto da estratégia da saúde da família**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011. p.111-124.

SOUZA, A.C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**, v.26, n.2, p.147-153, 2005.

SOUZA, M.C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, v.36, n.3, p.452-460, 2012a.

SOUZA, A.C. et al. Contextualizando a Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária em Saúde. In: ABRAHÃO, A.L. et al. **Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde**. Niterói: Editora UFF, 2012b, p.25-48.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.451-455, 2001.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. p.86-106.

TREVISAN, M. et al. Avanços no sistema de saúde brasileiro: reflexão da década de 1970 a 2000. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.3, n.3, p.1133-1149, 2012.

UCHOA, A.C. Innovative care experiences at Family Health Program (PSF): potential and limits. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.29, p.299-311, 2009.

VIEIRA, M.A.; FERREIRA, M.A.M. Análise do Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família em relação à operacionalização dos Princípios Básicos do SUS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.12, n.3, p.40-58, 2015.

---

## **CAPÍTULO 2**

### **TRABALHO INTERDISCIPLINAR: AVALIAÇÃO NA CIDADE- SEDE DA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, BRASIL**

---

TRABALHO INTERDISCIPLINAR: AVALIAÇÃO NA CIDADE-SEDE DA 5ª  
REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, BRASIL

INTERDISCIPLINARY WORK: ASSESSMENT IN THE CITY HEADQUARTERS OF  
THE 5<sup>th</sup> REGIONAL HEALTH IN PARANA, BRAZIL

**RESUMO:** O objetivo do trabalho foi diagnosticar e promover o conhecimento do trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. Participaram da pesquisa 214 profissionais de ambos os gêneros. O diagnóstico da interdisciplinaridade foi verificado por meio de um questionário validado. Em seguida, foi realizada uma ação educativa interdisciplinar, por meio da metodologia da roda de conversa. Após a ação, aplicou-se um questionário validado para verificar os resultados obtidos. Para a análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado e regressão logística (odds ratio). A percepção da existência de interdisciplinaridade foi estatisticamente significativa para os profissionais com ensino superior, com tempo de exercício profissional na instituição menor que 5 anos, para aqueles que afirmaram presença de trabalho coletivo/ em equipe, existência de reuniões multiprofissionais e um planejamento das ações em saúde, e para aqueles que mencionaram que o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens. Foi detectada ainda, uma associação entre existência de trabalho interdisciplinar e os fatores: escolaridade, existência de trabalho coletivo/em equipe e o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens. Em geral, a avaliação da atividade educativa foi positiva para a promoção da interdisciplinaridade nas equipes de ESF's. Conclui-se que é primordial a oferta de mais ações educativas no tocante à interdisciplinaridade, com o intuito de capacitar os profissionais de saúde, a fim de oferecer uma atenção integral à família, inter-relacionando a equipe e a comunidade local.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família; Integração Comunitária; Pesquisa Interdisciplinar; Pessoal de saúde; Políticas Públicas de Saúde.

**ABSTRACT:** The objective of this study was to detect and to promote knowledge interdisciplinary work among professionals of the teams of Family Health Strategy (FHS) in the City Headquartes 5<sup>th</sup>Regional Health of State of Parana, Brazil. The research involved 214 professionals of both genders. The diagnosis of interdisciplinarity was checked by means of a validated questionnaire. Then, an interdisciplinary educational action was performed, through the methodology of conversation circle. After the action, a questionnaire was applied to verify the results obtained. For the statistical analysis we used the chi-square test and logistic regression (odds ratio). The perception of the existence of interdisciplinarity was statistically significant for the professionals with higher education, with a time of professional practice in the institution less than 5 years, for those who have said presence of collective work/ in team, existence of multidisciplinary meetings and planning of health actions, and for those who have mentioned that the work in the FHS provides new learnings. We also detected an association between the presence of interdisciplinary work and the factors: education, existence of collective work / in team and the work in the FHSprovides new learnings. In general, the educational activity evaluation was positive for the promotion of interdisciplinary teams of FHS's. The conclusion is that it is essential to offer more educational actions in terms of interdisciplinarity, with the aim of empowering the health professionals, in order to offer an integral attention to family, interrelating staff and the local community.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy; Community Integration; Interdisciplinary Research; Health Personnel; Health Public Policy.

## INTRODUÇÃO

A interdisciplinaridade é caracterizada como uma unidade integral, de inter-relação e interação entre as informações técnicas e científicas de duas ou mais disciplinas, a favor de um objetivo comum (FONTOURA et al., 2014). Conceitualmente, não tem o objetivo de anular a disciplinaridade, bem como não significa a justaposição de saberes e, não invalida a especificidade de cada campo do saber. Seu intuito é conhecer as fronteiras e potencialidades de cada dimensão do saber para construção de um fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994). Assim, o trabalho interdisciplinar ganha relevância quando utiliza o conceito ampliado de saúde, integrando-se às condições de vida da população (REZENDE, 2009). Possui maior complexidade quando deixa de tratar da individualidade e parte para o coletivo, inter-relacionando o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade, sendo reconhecida como um campo do conhecimento interdisciplinar e intersetorial. Neste aspecto, estudos afirmam que a abordagem integral das famílias é facilitada pela atuação de distintos profissionais, que compõem as equipes interdisciplinares (ARAUJO; ROCHA, 2007; MATOS; PIRES, 2009).

No Brasil, muitos esforços foram realizados com a finalidade de se reduzir a visão fragmentada da saúde, oriunda do desenvolvimento da ciência e do estreitamento e aprofundamento do conhecimento (especializações) dos profissionais de saúde. Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTIONI et al., 2011), que apresentava como uma de suas diretrizes principais a integralidade, objetivando uma reorganização das atuações de práticas profissionais em saúde (TAVARES et al., 2005). Já em 1991, com vistas à ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), que tinha como princípio o desenvolvimento de ações com atuação de equipes multidisciplinares (BRASIL, 1997a,b; COSTA NETO, 2000; BRASIL, 2007; KELL; SHIMIZU, 2010). Entretanto, esta forma de trabalho ainda focava o atendimento individual, incorporando o modelo biomédico como instrumento de atenção e cuidado em saúde (SILVA et al., 2013).

Apesar do empenho governamental na implantação de programas públicos com abordagem interdisciplinar, sabe-se que a concretização da integralidade está relacionada com um cuidado aprimorado aos usuários e suas condições de vida (MATTIONI et al., 2011), o que dificilmente ocorre entre as equipes de saúde. Assim, os profissionais deveriam atender o usuário de forma ampliada, entendendo-o como ser biopsicossocial

(FONTOURA et al., 2014). Diante desta problemática, em 1994, foi implantado o Programa atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com objetivo de reorientação do modelo assistencial desenvolvido até então (FERRO et al., 2014). A ESF quando foi organizada tinha o propósito de uma ampliação do modelo médico-curativista tradicional, com uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, focada no contexto familiar e comunitário. Sua dinâmica pretendia um trabalho em equipe, com uma interação organizada entre indivíduos, os quais deveriam apresentar competências e habilidades distintas (BACKES et al., 2012a; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012). Com o intuito de estender a abrangência e o escopo da ESF, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, objetivando atuar em parceria com as ESF's (BRASIL, 2008). Entretanto, algumas falhas foram observadas no decorrer da prática profissional, para a concretização do trabalho interdisciplinar tanto nas ESF's como nos NASF's, destacando-se: o formato médico-centrado, a valorização da especialização, a realização de atendimentos individualizados, as práticas profissionais isoladas e, poucos espaços para discussão de casos (FERRO et al., 2014). Visando amenizar estes problemas, mais recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que pretendia a promoção e proteção da saúde individual e coletiva por meio de ações conjuntas, objetivando uma atenção integral da família, utilizando-se de um trabalho em equipe e dirigida às populações de territórios definidos (BRASIL, 2012).

Atualmente, pesquisas demonstram que poucas equipes de saúde trabalham sob os novos conceitos interdisciplinares propostos (LOCH-NECKEL et al., 2009; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; DAVID; TORRES, 2013). Alguns fatores podem ser apontados para este cenário, tais como: a) a estrutura curricular das instituições de ensino superior, com formação de profissionais especialistas e saberes fragmentados; b) visão unilateral no tratamento dos problemas de saúde e; c) a divisão do processo em diversas áreas de atuação, concretizado pelas várias profissões que compõem o campo da saúde. Assim, o contato dos membros da equipe de saúde com as reais demandas da comunidade ficam prejudicadas, levando-os apenas ao cumprimento de procedimentos técnicos, rotineiros e fragmentadores, perante a complexidade do objeto da saúde (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Considerando as relevantes dificuldades encontradas para a implantação da

interdisciplinaridade nas equipes, são necessários novos investimentos em capacitação técnica que permitam o desenvolvimento de práticas modernas, que apresentem uma reflexão compartilhada dos problemas expostos pelos usuários da comunidade. Aqui, destaca-se a importância da inter-relação da equipe com a sociedade onde está inserida, para que os indivíduos tenham um atendimento eficaz, considerando-se os aspectos regionais, locais e ambientais. Corroborando com o tema, estudos confirmaram que a atuação interdisciplinar de uma equipe incorporada à comunidade contribui para o desenvolvimento de ações humanizadas e vinculadas às novas práticas de educação em saúde (COSTA NETO, 2000; BACKES et al., 2012b).

Dentre as ações educativas possíveis de serem implantadas entre os profissionais de saúde, destacam-se as “Rodas de Conversas”, por conferir maior ênfase à educação em saúde e um espaço dialógico (UCHOA, 2009). Estas práticas ganharam maior efetividade a partir da X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, a qual enfatizou que a educação em saúde deveria ser norteadas pelos problemas e necessidades sociais da população. O objetivo era a conversa permanente com todas as esferas de conhecimento, especialmente a cultura popular e não apenas na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças comportamentais, privilegiando somente a transmissão de conhecimentos pontuais (BRASIL, 1996a; ALVES; AERTS, 2011). O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Paraná, organiza a rede de atenção à saúde, na esfera estadual, em 2 polos, 6 macrorregiões e 22 regionais de saúde. As regionais de saúde são formadas por recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais (PARANÁ, 2009). A 5ª Regional de Saúde do Paraná, foco desta pesquisa, abrange 20 municípios, sendo Guarapuava a cidade-sede da regional como referência para o cuidado e atenção à saúde (PARANÁ, 2015). Destaca-se que nenhum estudo foi realizado até o momento com o intuito de avaliar o trabalho interdisciplinar neste local, fato de extrema relevância, considerando que na cidade-sede são atendidos em média 13.189 indivíduos mensalmente (BRASIL, 2015). Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi diagnosticar e promover o conhecimento do trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de ESF’s da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil.



## MATERIAL E MÉTODOS

Foi utilizado o delineamento quantitativo, descritivo e de corte transversal, desenvolvido no período de junho de 2014 a julho de 2015. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO, com o parecer de n. 455.912/2013 (Anexo 1). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) ser profissional de saúde atuante em uma das 33 unidades de saúde de ESF da cidade de Guarapuava, PR e; b) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Os critérios de exclusão foram: a) não ser profissional de saúde; b) recusa do profissional na participação; c) não assinar o TCLE; d) desistência durante ou após a coleta de dados; e) profissionais em período de férias ou licença durante a realização da coleta de dados e; f) fichas preenchidas de forma incompleta ou não preenchidas.

A pesquisa foi realizada em Guarapuava, cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. Composta por 20 municípios, divididos em três microrregiões, conforme segue: a) Guarapuava (Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo), b) Laranjeiras do Sul (Marquinho, Nova Laranjeira, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond) e c) Pitanga (Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Laranjal e Palmital), com população total de 454.220 habitantes. O município de Guarapuava é caracterizado como cidade-sede e apresenta 169.007 habitantes, perfazendo 37,21% da regional em questão (IBGE, 2010).

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliométrica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), buscando-se dados dos recursos humanos das ESF's de Guarapuava, PR. O CNES foi escolhido como fonte de informação por conter subsídios de todos os estabelecimentos de saúde em território nacional. É a única fonte oficial informatizada com dados das equipes de ESF e informações referentes à identificação, ocupação dos profissionais, localização das equipes, dentre outros (LIRA et al., 2014). Após a avaliação, foram constatadas 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 31 ESF's e 2 NASF's. Considerando-se que nos NASF's de Guarapuava também atuam as ESF's, as 2 unidades de NASF da cidade também foram utilizadas na avaliação.

A população total do estudo contou com 488 funcionários e 20 categorias profissionais distribuídos em 33 ESF's, sendo 28 (84,85%) distribuídas na zona urbana e 5 (15,15%) na zona rural. Considerando-se que o objetivo da pesquisa era avaliar apenas os

profissionais de saúde, foram excluídos indivíduos que não faziam parte desta caracterização, tais como: auxiliar de serviços gerais (40), vigia (9), auxiliar administrativo (2), professor (1) e motorista (1). Dessa forma, após a aplicação deste critério de exclusão, foi computado um total de 435 profissionais de saúde, sendo 369 (84,83%) na zona urbana e 66 (15,17%) na zona rural, organizados em 12 categorias (Tabela 1).

**TABELA 1. Distribuição dos profissionais conforme o local de referência das Estratégias de Saúde da Família (ESF), Guarapuava, PR, Brasil, 2015**

Categoria profissional	ESF urbana % (n)	ESF rural % (n)	Total % (n)
Agente Comunitário de Saúde	84,31 (172)	15,69 (32)	46,90 (204)
Agente de Endemias	60,00 (3)	40,00 (2)	1,15 (5)
Auxiliar de Enfermagem	90,00 (27)	10,00 (3)	6,90 (30)
Auxiliar de Saúde Bucal	89,29 (25)	10,71 (3)	6,44 (28)
Dentista	85,19 (23)	14,81 (4)	6,21 (27)
Enfermeiro	87,88 (29)	12,12 (4)	7,59 (33)
Fisioterapeuta	87,50 (7)	12,50 (1)	1,84 (8)
Fonoaudiólogo	66,67 (2)	33,33 (1)	0,69 (3)
Médico	88,24 (45)	11,76 (6)	11,72 (51)
Nutricionista	100,00 (3)	0,00 (0)	0,69 (3)
Psicólogo	100,00 (4)	0,00 (0)	0,92 (4)
Técnico em enfermagem	74,36 (29)	25,64 (10)	8,97 (39)

Para a avaliação do trabalho interdisciplinar, iniciou-se o contato telefônico com cada unidade de saúde por meio do enfermeiro responsável. O profissional recebeu explicações prévias sobre a importância e finalidade da pesquisa, para sensibilização e maior participação da equipe. Em seguida, agendou-se com o enfermeiro uma data, horário e local das reuniões da equipe para que fosse realizada a coleta de dados, a fim de não prejudicar o andamento normal do serviço prestado à população. Os profissionais presentes na reunião inicial receberam informações sobre a pesquisa e sobre a importância de sua participação, sendo que os resultados poderiam influenciar no direcionamento de novas ações para a melhoria do atendimento e do trabalho da equipe. Para os indivíduos que aceitaram participar de todo o estudo, foi aplicado um questionário validado e autoaplicável (Apêndice 2), adaptado de Costa (2007), com o objetivo de diagnosticar o seu conhecimento acerca do 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. O questionário levou em média 10 minutos para ser respondido. Durante o período de coleta, que durou 3 meses, cada unidade de

saúde foi visitada pelo menos 3 vezes, visando obter a maior abrangência possível de participantes.

Visando promover novas ações interdisciplinares entre os profissionais das equipes avaliadas, foi elaborada uma “Ação Educativa Interdisciplinar”. Esta atividade foi aplicada em seguida à etapa de coleta de dados, por meio da metodologia de “Roda de Conversa”. Para isso, utilizou-se um álbum seriado, no qual foram apresentadas informações conceituais sobre o trabalho interdisciplinar dentro das unidades, a fim de proporcionar a educação em saúde da equipe (JAPIASSU, 2006; FURTADO, 2007).

A intervenção iniciou com uma exposição e discussão do álbum seriado (Apêndice 3), o qual recebeu o título de “Interdisciplinaridade e Equipes de Saúde”, sendo apresentado aos participantes com auxílio de um projetor multimídia, durante 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. 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 4) adaptado de Mira (2010). Este instrumento objetivou analisar a satisfação 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 de ambos os questionários 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.

Os dados foram avaliados inicialmente pelo teste Kolmogorov-Smirnov para 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% significância ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, de um total de 435 (100%) profissionais de saúde pertencentes às ESF's, participaram efetivamente do estudo 214 indivíduos (49,98%), sendo 191 (89,25%) da zona urbana e 23 (10,75%) da zona rural. A perda amostral por categoria profissional foi de: 80,39% (41) médicos, 75% (3) psicólogos, 67,86% (19) auxiliares de saúde bucal, 66,76% (20) de auxiliares de enfermagem, 55,56% (15) de dentistas, 50% (4) de fisioterapeutas, 48,04% (98) de ACS, 42,42% (14) de enfermeiros, 40% (2) de agentes de endemias, 33,33% (1) de fonoaudiólogos, 33,33% (1) nutricionistas e 7,69% (3) de técnicos em enfermagem, totalizando uma perda amostral média de 50,02%.

Na Tabela 2 estão descritas as características dos profissionais das ESF's avaliadas.

**TABELA 2. Descrição dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF's), segundo as variáveis: idade, gênero, escolaridade, curso de pós-graduação, profissão, tempo de experiência profissional e tempo de exercício profissional na instituição, Guarapuava, PR, Brasil, 2015**

Variável	ESF urbana % (n)	ESF rural % (n)	Total % (n)
Idade (anos)			
20 - 30	17,3 (33)	17,4 (4)	17,3 (37)
30 - 40	34,0 (65)	30,4 (7)	33,6 (72)
40 - 50	30,9 (59)	30,4 (7)	30,8 (66)
≥ 50	17,8 (34)	21,7 (5)	18,2 (39)
Gênero			
Feminino	86,9 (166)	87,0 (20)	86,9 (186)
Masculino	13,1 (25)	13,0 (3)	13,1 (28)
Escolaridade			
Ensino fundamental	4,2 (8)	8,7 (2)	4,7 (10)
Ensino médio/técnico	54,5 (104)	65,2 (15)	55,6 (119)
Ensino superior	41,4 (79)	26,1 (6)	39,7 (85)
Pós-graduação			
Especialização	22,5 (43)	13,0 (3)	21,5 (46)
Mestrado	1,1 (2)	0,0 (0)	0,9 (2)
Não possui	76,4 (146)	87,0 (20)	77,6 (166)
Profissão			
Agente comunitário de saúde	50,3 (96)	43,5 (10)	49,5 (106)
Agente de endemias	100,0 (3)	0,0 (0)	1,4 (3)
Auxiliar de enfermagem	4,7 (9)	4,4 (1)	4,7 (10)
Auxiliar de saúde bucal	77,8 (7)	22,2 (2)	4,2 (9)
Técnico em enfermagem	16,2 (31)	21,7 (5)	16,8 (36)
Dentista	83,3 (10)	16,7 (2)	5,6 (12)
Enfermeiro	8,4 (16)	13,1 (3)	8,9 (19)
Fisioterapeuta	100,0 (4)	0,0 (0)	1,9 (4)
Fonoaudiólogo	100,0 (2)	0,0 (0)	0,9 (2)
Médico	5,2 (10)	0,0 (0)	4,7 (10)
Nutricionista	1,1 (2)	0,0 (0)	0,9 (2)
Psicólogo	0,5 (1)	0,0 (0)	0,5 (1)
Tempo de experiência profissional			
1 - 5 anos	31,4 (60)	17,4 (4)	29,9 (64)
5 - 10 anos	20,9 (40)	26,1 (6)	21,5 (46)
10 - 15 anos	22,5 (43)	21,7 (5)	22,4 (48)
> 15 anos	25,1 (48)	34,8 (8)	26,2 (56)
Tempo de exercício profissional na instituição			
< 1 ano	10,5 (20)	4,35 (1)	9,8 (21)
1 - 5 anos	39,8 (76)	26,1 (6)	38,3 (82)
5 - 10 anos	24,1 (46)	30,4 (7)	24,8 (53)
10 - 15 anos	18,3 (35)	21,7 (5)	18,7 (40)
> 15 anos	7,3 (14)	17,4 (4)	8,4 (18)

n total=214.

A maior parte dos participantes encontra-se na faixa etária de 30 a 40 anos (33,6%) e a menor entre 20 a 30 anos (17,3%), havendo prevalência do gênero feminino (86,9%), tanto na área urbana como rural. Em relação à escolaridade, na área rural há um número maior de profissionais com ensino fundamental (8,7%) e nível médio/ técnico (65,2%),

enquanto na área urbana destaca-se a formação superior (41,4%). Em geral, a maioria dos profissionais apresentou ensino médio/ técnico (55,6%). Considerando-se a pós-graduação na área urbana, 22,5% possuem especialização e 1,1% mestrado. Na área rural, a maioria (87%) não contém pós-graduação, corroborando com o total encontrado (77,6%).

Os profissionais das ESF's apresentaram formação em cursos variados, sendo que 76,6% atuam em cargos de nível médio/ técnico (ACS, agentes de endemias, auxiliares de saúde bucal e auxiliares e técnicos em enfermagem), destacando-se o ACS (49,5%). Os psicólogos foram os menos representativos (0,5%). Além disso, foi constatada uma maior diversidade (12 profissões diferentes na área urbana e somente 6 na área rural) e quantidade (191 profissionais na área urbana e apenas 23 na área rural) de profissionais localizada na área urbana. Porém, a categoria dos enfermeiros e técnicos em enfermagem se concentrou em maior porcentagem na área rural (13,1% e 21,7%, respectivamente).

Na área urbana observou-se um percentual maior de profissionais entre 1 a 5 anos (31,4%) e com 10 a 15 anos de experiência profissional (22,5%). Enquanto, na área rural 26,1% referiram ter entre 5 a 10 anos e 34,8% apontaram ter mais de 15 anos de experiência. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, a maioria (48,1%) alegou atuar a menos de 5 anos. Na área urbana, os percentuais daqueles que trabalham a menos de 1 ano na instituição foram de 10,5% e entre 1 a 5 anos 39,8%. Na área rural, 30,4% manifestaram estar de 5 a 10 anos na instituição, 21,7% 10 a 15 anos e 17,4% demonstraram possuir mais de 15 anos de experiência profissional na instituição.

Na Tabela 3 pode-se observar a percepção dos profissionais sobre a existência de trabalho interdisciplinar nas equipes de ESF, de acordo com as variáveis pesquisadas.

**TABELA 3. Percepção dos profissionais em relação à existência de interdisciplinaridade nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), considerando-se as variáveis de identificação, formação profissional e o trabalho na ESF, Guarapuava, PR, Brasil, 2015**

Variável	Existência da interdisciplinaridade		p <sup>a</sup>
	Sim (n=152) (%) (n)	Não (n=62) (%) (n)	
Localização			
Urbana	70,2 (134)	29,8 (57)	0,418 <sup>b</sup>
Rural	78,3 (18)	21,7 (5)	
Idade (anos)			
< 40 anos	75,2 (82)	24,8 (27)	0,167 <sup>a</sup>
≥ 40 anos	66,7 (70)	33,3 (35)	
Gênero			
Feminino	69,9 (130)	30,1 (56)	0,345 <sup>b</sup>
Masculino	78,6 (22)	21,4 (6)	
Escolaridade			
Superior <sup>d</sup>	84,7 (72)	15,3 (13)	0,000 <sup>b</sup>
Fundamental/Médio/Técnico <sup>e</sup>	62,0 (80)	38,0(49)	
Pós-graduação			
Possui <sup>f</sup>	79,17 (38)	20,83 (10)	0,158 <sup>b</sup>
Não possui	68,67(114)	31,33 (52)	
Profissão			
ACS	70,8 (75)	29,2 (31)	0,930 <sup>b</sup>
Outras <sup>g</sup>	71,3 (77)	28,7 (31)	
Tempo de experiência profissional			
< 5 anos	78,1 (50)	21,9 (14)	0,135 <sup>b</sup>
≥ 5 anos	68,0 (102)	32,0 (48)	
Tempo de exercício profissional na instituição			
< 5 anos	77,7 (80)	22,3 (23)	0,039 <sup>b</sup>
≥ 5 anos	64,9 (72)	35,1 (39)	
Forma de ingresso na instituição			
Concurso público	70,8 (141)	29,2 (58)	0,551 <sup>c</sup>
Outros <sup>h</sup>	73,3 (11)	26,7 (4)	
Trabalho coletivo/em equipe na ESF			
Presença	76,3 (148)	23,7 (46)	0,000 <sup>c</sup>
Ausência	20,0 (4)	80,0 (16)	
Reuniões multiprofissionais			
Presença	73,7 (132)	26,3 (47)	0,048 <sup>b</sup>
Ausência	57,2 (20)	42,8 (15)	
Coordenação do trabalho em equipe			
Gerente/ enfermeiro	69,6 (140)	30,4 (61)	0,068 <sup>c</sup>
Outros <sup>i</sup>	92,3 (12)	7,7 (1)	
Responsável pela escolha da coordenação da equipe			
SMS	69,9 (116)	30,1 (50)	0,491 <sup>b</sup>
Outros <sup>j</sup>	75,0 (36)	25,0 (12)	
Trabalho na ESF propicia novas aprendizagens			
Sim	74,2 (144)	25,8 (50)	0,001 <sup>b</sup>
Não	40,0 (8)	60,0 (12)	
Planejamento de ações de saúde			
Presença	74,0 (137)	26,0 (48)	0,014 <sup>b</sup>
Ausência	51,7 (15)	48,3 (14)	
Responsável pela elaboração do planejamento das ações em saúde			
Toda a equipe	74,0 (97)	26,0 (34)	0,221 <sup>b</sup>
Outros <sup>k</sup>	66,3 (55)	33,7 (28)	

<sup>a</sup>valor significativo quando  $p \leq 0,05$ ; <sup>b</sup>Teste de qui-quadrado; <sup>c</sup>Teste exato de Fisher; <sup>d</sup>ensino superior: dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo; <sup>e</sup>ensino fundamental/ médio/ técnico: agente comunitário de saúde (ACS), agente de endemias, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico em enfermagem; <sup>f</sup>possui: especialização e/ou mestrado; <sup>g</sup>outras: agente de endemias, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico em enfermagem, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo; <sup>h</sup>outros: indicação, contrato, Programa Mais Médicos, processo seletivo simplificado; <sup>i</sup>outros: médico, técnico em enfermagem, toda a equipe; <sup>j</sup>outros: trabalhadores de saúde, surgimento natural de um profissional com características de liderança e a partir do planejamento a ser desenvolvido; <sup>k</sup>outros: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Gerência da ESF, Enfermagem e Usuários; n total=214.

Não houve diferença estatística ( $p > 0,05$ ) entre a percepção da existência de interdisciplinaridade e as variáveis: localização, idade, gênero, curso de pós-graduação, profissão, tempo de experiência profissional, forma de ingresso na instituição, coordenação do trabalho em equipe, responsável pela escolha da coordenação da equipe e pelo planejamento das ações em saúde. Entretanto, a maioria dos profissionais com ensino superior (84,7%), que trabalhavam na instituição a menos de 5 anos (77,7%), que relataram a presença de trabalho coletivo/ em equipe (76,3%), que mencionaram a presença de reuniões multiprofissionais (73,7%), que citaram o trabalho na ESF como promotor de novas aprendizagens (74,2%) e que relataram a presença de um planejamento das ações em saúde (74%) acreditam na existência do trabalho interdisciplinar nas equipes ( $p < 0,05$ ).

Na Tabela 4 verifica-se a análise bivariada de características da existência de trabalho interdisciplinar nas ESF's.

**TABELA 4. Análise bivariada (odds ratio ajustado) para associação de variáveis com a existência de trabalho interdisciplinar nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), Guarapuava, PR, Brasil, 2015**

Variável	Odds ratio Ajustado	Intervalo de confiança (95%)	p <sup>a</sup>
Escolaridade			
Fundamental/médio/técnico <sup>b</sup>	1	-	
Superior <sup>c</sup>	3,49	1,74-7,00	<0,001
Existência de trabalho coletivo/em equipe			
Presença	0,08	0,02-0,24	<0,001
Ausência	1	-	
Trabalho na ESF propicia novas aprendizagens			
Não	1	-	
Sim	0,23	0,09-0,60	0,003

<sup>a</sup>Valor significativo quando  $p \leq 0,05$ ; <sup>b</sup>ensino fundamental/ médio/ técnico: agente comunitário de saúde, agente de endemias, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico em enfermagem; <sup>c</sup>ensino superior: dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo.

As variáveis escolaridade, existência de trabalho coletivo/ em equipe e o trabalho na ESF propiciando novas aprendizagens mostraram associação com a existência de trabalho interdisciplinar. Assim, podem-se verificar os seguintes resultados em relação à percepção da existência da interdisciplinaridade nas equipes: a) os indivíduos com ensino superior têm 3,49 vezes mais chances de percepção do que aqueles com ensino fundamental/ médio/ técnico; b) os profissionais que trabalham coletivamente/ em equipe



apresentam 0,08 mais chances de compreensão das ações interdisciplinares e; c) os profissionais que responderam que o trabalho em equipe propicia novas aprendizagens possuem 0,23 mais chances de perceber a interdisciplinaridade do que os demais.

Na Tabela 5 verificam-se os resultados obtidos na ação educativa interdisciplinar aplicada nas equipes.

**TABELA 5. Prevalência das respostas obtidas pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de acordo com a localização, após a realização da ação educativa interdisciplinar (AEIN), Guarapuava, PR, Brasil, 2015**

Variável	ESF urbana (n=191) % (n)	ESF rural (n=23) % (n)	p <sup>a</sup>
Conhecimento prévio dos assuntos tratados			
Sim	32,46 (62)	21,74 (5)	0,314
Em parte	42,41 (81)	39,13 (9)	
Não	25,13 (48)	39,13 (9)	
Alcance dos objetivos propostos			
Sim	76,44 (146)	82,61 (19)	0,547
Em parte	18,85 (36)	17,39 (4)	
Não	4,71 (9)	0,00 (0)	
Carga horária			
Adequada	87,43 (167)	95,65 (22)	0,496
Suficiente	10,99 (21)	4,35 (1)	
Insuficiente	1,57 (3)	0,00 (0)	
Aproveitamento na AEIN			
Bom	84,82 (162)	100,00 (23)	0,133
Regular	11,52 (22)	0,00 (0)	
Fraco	3,66 (7)	0,00 (0)	
Contribuição das informações para atividade profissional			
Alta	51,83 (99)	52,17 (12)	0,783
Média	39,79 (76)	43,48 (10)	
Baixa	8,38 (16)	4,35 (1)	
Avaliação do material didático			
Adequado	90,58 (173)	100,00 (23)	0,306
Insuficiente	8,38 (16)	0,00 (0)	
Excessivo	1,05 (2)	0,00 (0)	

<sup>a</sup>teste de qui-quadrado; valor significativo quando  $p \leq 0,05$ ; n total=214.

Não houve diferença estatística ( $p > 0,05$ ) entre a localização das ESF's e as variáveis avaliadas. Todavia, a maioria dos profissionais das ESF's urbanas (42,41%) respondeu ter “em parte” conhecimento prévio sobre os assuntos abordados, enquanto 39,13% dos trabalhadores rurais responderam que não. Para os profissionais, os objetivos propostos foram alcançados (76,44% urbana e 82,61% rural), a carga horária foi adequada (87,43% urbana e 95,65% rural), o aproveitamento na AEIN foi bom (84,82% urbana e

100% rural), a contribuição das informações para a atividade profissional foi de 51,83% urbana e 52,17% rural e a avaliação do material didático foi adequado (90,58% urbana e 100% rural). Assim, compreende-se que, em geral, a avaliação de satisfação expressa a respeito da ação educativa interdisciplinar foi satisfatória.

Na Tabela 6 estão descritos os resultados da ação educativa interdisciplinar considerando a profissão que exercem nas ESF's.

**TABELA 6. 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), Guarapuava, PR, Brasil, 2015**

Variável	Profissão		p <sup>b</sup>
	ACS (n=106) % (n)	Outros <sup>a</sup> (n=108) % (n)	
Conhecimento prévio dos assuntos <sup>c</sup>			
Sim	23,58 (25)	38,89 (42)	0,048
Em parte	48,11 (51)	36,11 (39)	
Não	28,30 (30)	25,00 (27)	
Alcance dos objetivos propostos			
Sim	74,53 (79)	79,63 (86)	0,674
Em parte	20,75 (22)	16,67 (18)	
Não	4,72 (5)	3,70 (4)	
Carga horária			
Adequada	89,62 (95)	87,04 (94)	0,778
Insuficiente	9,43 (10)	11,11 (12)	
Excessiva	0,94 (1)	1,85 (2)	
Aproveitamento na AEIN			
Bom	86,79 (92)	86,11 (93)	0,117
Regular	12,26 (13)	8,33 (9)	
Fraco	0,94 (1)	5,56 (6)	
Contribuição das informações para atividade profissional			
Alta	54,1 (51)	55,56 (60)	0,145
Média	43,0 (49)	34,26 (37)	
Baixa	64,7 (6)	10,19 (11)	
Avaliação do material didático			
Adequado	91,51 (97)	91,67 (99)	0,324
Insuficiente	8,49 (9)	6,48 (7)	
Excessivo	0,00 (0)	1,85 (2)	

<sup>a</sup>Outros: agente de endemias, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico em enfermagem, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo; <sup>b</sup>teste de qui-quadrado; <sup>c</sup>Resultados após análise conjunta: p=0,016 ('sim' e 'em parte/não'), p=0,585 ('não' e 'sim/em parte'), p=0,075 ('em parte' e 'sim/não'); valor significativo quando p<0,05; ACS: agente comunitário de saúde; n total=214

Não houve diferença estatística (p>0,05) entre as profissões avaliadas e as variáveis: alcance dos objetivos propostos, carga horária, aproveitamento na AEIN, contribuição das informações para atividade profissional e avaliação do material didático. No entanto, para a variável de conhecimento prévio dos assuntos tratados, os profissionais

com outras profissões apresentam maior conhecimento ('sim' e 'em parte/não') que os ACS ( $p=0,016$ ).

Sobre o alcance dos objetivos 74,53% dos ACS e 79,63% de outras profissões afirmaram que a ação foi eficaz, enquanto que 89,62% ACS e 87,04% de outras profissões consideraram a carga horária adequada. Estes resultados também podem ser confirmados observando-se alguns relatos emitidos durante a pesquisa (dados não mostrados): “... *consegui de forma simples explicar o conceito de interdisciplinaridade*” (P1 - enfermeiro); “*consegui entender tudo e aplicar os conhecimentos*” (P143 - médico); “*foi esclarecedor e informativo*” (P75 - ACS); “*explicação em tempo suficiente para compreensão da interdisciplinaridade*” (P6 - ACS) e; “*foi o tempo suficiente para entendimento do assunto*” (P163 - auxiliar de enfermagem). De forma similar, quando foram questionados sobre o aproveitamento na AEIN verificou-se que 86,79% dos ACS e 86,11% dos demais profissionais, responderam que foi ‘bom’. O que fica evidenciado pelas considerações dos participantes (dados não mostrados): “*acrescentou ao meu conhecimento*” (P89 - enfermeiro); “*ampliamos nossos conhecimentos*” (P143 - médico) e; “*consegui entender melhor o que é interdisciplinaridade*” (P152 - técnico em enfermagem).

A contribuição das informações para a atividade profissional e a avaliação do material didático foi considerada alta e adequada (54,1% e 91,51% dos ACS e 55,56% e 91,67% dos outros profissionais, respectivamente). Alguns apontamentos podem ser destacados para confirmar estes efeitos (dados não mostrados): “*procurar atuar mais junto à equipe*” (P39 - fonoaudiólogo); “*vou tentar se uma profissional interdisciplinar*” (P62 - ACS) e; “*com certeza esta reflexão sobre interdisciplinaridade vai ter reflexos positivos sobre o atendimento*” (P191 - dentista). Sobre o material didático: “*bem explicativo*” (P141 - ACS); “*bem simples e direto*” (P164 - ACS) e; “*muito bem elaborado, resumido e altamente educativo e de fácil entendimento*” (P89 - enfermeiro). Na avaliação geral da prática educativa foi verificada uma nota média de  $8,42 \pm 1,42$  (de um máximo de 10 pontos), o que confirma que os profissionais ficaram, em geral, satisfeitos com a intervenção.

## DISCUSSÃO

A perda amostral do presente trabalho (50,02%) diferiu de pesquisas similares recentes (8,3 a 33%) (MIYAZAKI et al., 2010; SANTOS et al., 2012; SOUZA et al., 2013). Este efeito pode ser explicado devido, principalmente, aos diferentes objetivos, temas e participantes abordados nos trabalhos. Segundo Costa (2007), para ocorrer um processo interdisciplinar é necessário inovar e romper a fragmentação dos saberes em busca de novas soluções e aprendizados. Este fato pode colaborar também para a baixa participação dos profissionais de saúde, além da possibilidade do assunto não ser visualizado como uma necessidade interna da equipe.

Os resultados encontrados na Tabela 2 para idade, gênero e escolaridade corroboram com Silva et al. (2014a), Tomasi et al. (2008) e Pinto et al. (2010) que avaliaram o perfil de profissionais de saúde de municípios brasileiros dos estados de Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Norte, respectivamente. A maior prevalência do gênero feminino é justificável, visto que a feminilização consiste em uma prática em cursos da saúde e nas ESF's, em virtude da existência de um modelo estereotipado da mulher na condição de cuidadora e de mediadora da relação usuário x serviço de saúde (MACHIN et al., 2011). Também, alguns fatores como a independência financeira, maior autonomia, realização profissional e complementação da renda familiar, proporcionam uma maior atuação das mulheres no mercado de trabalho (COSTA, 2008).

É importante ressaltar que de 4 em cada 10 (39,7%) trabalhadores possuem curso superior, uma vez que a equipe da ESF deve ser composta proporcionalmente por mais profissionais que exercem a função de nível técnico e auxiliar, como os ACS (BRASIL, 2012). Foi possível constar também que a pós-graduação não foi realizada pela maioria dos profissionais (77,6%) (Tabela 2), corroborando com Gonçalves et al. (2014), que descreveram o perfil de profissionais da ESF's do município de Montes Claros, MG. Este efeito pode ser explicado, pois na maioria dos municípios brasileiros não existe um Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os profissionais, fato que pode levar a desmotivação para o aperfeiçoamento profissional (SOARES et al., 2013). Apesar disso, Lima et al. (2012) destacam que, em alguns casos, existe uma fragmentação das disciplinas da graduação em ciclos básicos, o que gera conteúdos com baixa contextualização da aprendizagem. Assim, há a necessidade que cursos de pós-graduação complementem a formação destes trabalhadores.

Referente ao tempo de experiência profissional e tempo de exercício profissional na instituição a maioria foi avaliada com menos de 10 anos (Tabela 2), ratificando o processo de renovação do contingente de trabalhadores. Este fato se deve, provavelmente, em virtude de divergências salariais entre profissionais de mesmo nível, carga horária diferenciada dentro da equipe e baixa formação específica para a prática de cuidado em saúde no contexto de comunidades socialmente vulneráveis (PINTO et al., 2010; BACKES et al., 2012b; TRINDADE; PIRES, 2013; MOREIRA et al., 2014). Todos estes fatores podem contribuir diretamente para uma menor permanência dos profissionais nas equipes de saúde, aumentando assim a rotatividade.

Aproximadamente 7 em cada 10 profissionais (74,5%) (Tabela 3) revelaram existir práticas interdisciplinares no ambiente de trabalho, corroborando com estudos de Costa (2007). Segundo Scherer et al. (2013), o trabalho interdisciplinar na ESF deve ser considerado como “um processo de construção de conhecimento e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho”. Autores como Gomes e Deslandes (1994) descrevem que a interdisciplinaridade não tem o objetivo de anular a disciplinaridade, bem como não significa a justaposição de saberes e, não invalida a especificidade de cada campo do saber. Algumas falas dos participantes corroboram com estas afirmações (dados não mostrados): *“uma equipe interdisciplinar é aquela que junto aos demais consegue chegar à conclusão de que os objetivos dos problemas foram resolvidos”* (P2 - técnico em enfermagem); *“interagir com os demais profissionais, cada qual expondo sua opinião e chegar à conclusão sobre cada caso para o bem dos pacientes, atuação de forma conjunta”* (P33 - nutricionista); *“a interdisciplinaridade é a interação das diferentes áreas do conhecimento para uso de um fim comum”* (P35 - médico); *“os profissionais trabalhando por um mesmo objetivo final, cada um com a sua especificidade”* (P64 - ACS) e; *“é quando diferentes profissionais atuam em conjunto para a melhoria do atendimento”* (P100 - enfermeiro).

As instituições de ensino superior (IES) têm proporcionado uma prática de aprendizagem interdisciplinar aos acadêmicos em atendimento a Lei nº 9394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996b; TEIXEIRA et al., 2013). Neste aspecto, a educação superior busca estimular o conhecimento dos problemas integrando currículos no contexto regional e nacional, além de ofertar serviços especializados à comunidade, estabelecendo uma relação de reciprocidade (ALBUQUERQUE et al., 2007;

TEIXEIRA et al., 2013). Esta alteração nos conteúdos explica porque a maioria dos profissionais com ensino superior responderam de forma afirmativa sobre a existência da interdisciplinaridade (Tabela 3), bem como a maior chance (3,49 vezes) (Tabela 4) destes profissionais verificarem práticas interdisciplinares, comparado aos de ensino fundamental/ médio/ técnico. De forma similar, a maioria dos trabalhadores que consideraram existir práticas interdisciplinares nas equipes trabalham na instituição a menos de 5 anos, ou seja tais profissionais, possivelmente, já tiveram em sua estrutura escolar algum embasamento sobre práticas interdisciplinares.

A literatura aponta que o trabalho em equipe é essencial tanto para o funcionamento adequado do procedimento de trabalho na ESF, quanto para a construção de uma prática interdisciplinar (KELL; SHIMIZU, 2010). Esta afirmação corrobora com os resultados observados na Tabela 4, em que os profissionais que percebem a existência de trabalho coletivo/ em equipe possuem 0,08 mais chances de verificar a ocorrência de práticas interdisciplinares nas equipes. Neste aspecto, foi possível constatar que o trabalho em saúde de forma coletiva/ em equipe é compreendido pelos trabalhadores por meio das seguintes falas (dados não mostrados): *“todos os funcionários se envolvem quando há atividade coletiva”* (P8 - ACS); *“...a todo momento estamos em contato com profissionais de outras especialidades, pedindo auxílio, trabalhando em conjunto”* (P90 - enfermeiro) e; *“nesta unidade trabalhamos em parceria um com o outro. Somos vários profissionais e um ajuda o outro”* (P151 - técnico em enfermagem). Para Silva et al. (2013), esta forma de ação em equipe é uma ferramenta valiosa para a construção da integralidade na ESF, buscando identificar limites e possibilidades para o cuidado integral à família.

Aliado ao trabalho em equipe verificou-se a importância de reuniões multiprofissionais e do trabalho na ESF para a percepção de um trabalho interdisciplinar nos serviços de saúde (Tabela 3), o que foi mencionado durante as entrevistas (dados não mostrados): *“trabalhamos com uma equipe multiprofissional em prol da promoção e prevenção da saúde”* (P46 - enfermeiro). Assim, Roquete et al. (2012) afirmam que as reuniões multiprofissionais aproximam diferentes condutas profissionais, afim de solucionar problemas específicos. Fato que se mostra valorizado pelos trabalhadores das equipes de saúde, pois auxiliam na implantação de um projeto comum ao usuário (COSTA, 2002). Deve-se considerar que a aprendizagem da equipe deve estar consolidada em uma formação profissional que vai além da construção de habilidade técnicas, alcançando uma

conduta reflexiva de suas práticas profissionais (FEITOSA et al., 2011). Nessa perspectiva, as ações interdisciplinares na saúde são dinâmicas, devendo relacionar as questões biológicas, sociais, individuais e comunitárias, em que o profissional deve estar preparado para as frequentes transformações.

As ações em saúde possibilitam reorientar as práticas dos trabalhadores, ultrapassando lacunas existentes na área de formação e aspirando melhorias no processo (SANTOS; COUTINHO, 2014). Consistem em um espaço para trocas de experiências, em que cada profissional pode demonstrar seu potencial criativo de forma integrada com a equipe, para promover o cuidado integral em prol do usuário (VIEGAS; PENNA, 2013). Assim, podem-se explicar os resultados verificados sobre o planejamento das ações de saúde (Tabela 3), pois a maioria dos profissionais que compreendem existir este planejamento acredita trabalhar de forma interdisciplinar. De forma similar, os indivíduos que responderam afirmativamente que o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens apresentaram maiores chances (0,23) para a verificação das práticas interdisciplinares em equipe (Tabela 4). A priorização do planejamento das ações deve ser considerada como um dos principais fatores para a promoção do trabalho interdisciplinar nas ESF's (COSTA, 2002).

As rodas de conversa são ferramentas úteis para a discussão do processo interdisciplinar, pois propiciam o diálogo entre os profissionais, intercâmbio de informações e oportunizam a troca de saberes e aprendizagem entre pesquisadores e participantes (MÉLLO, 2007; RODRIGUES et al., 2012). Assim, justificam-se os resultados favoráveis obtidos com esta metodologia na presente pesquisa (Tabelas 5 e 6). Os profissionais participaram efetivamente da ação, esclarecendo suas dúvidas, debatendo o assunto tratado e expondo exemplos práticos do cotidiano laboral. O diálogo foi interrompido em média após 45 minutos do início da atividade, após se perceber que todos haviam compreendido a diferença entre os termos “multi” e “interdisciplinaridade”. Estes efeitos são similares aos observados por Maciel et al. (2015), em um relato de experiência sobre ações de saúde aplicadas em pacientes de um NASF de Fortaleza, CE. Entretanto, alguns profissionais citaram desconhecer previamente os assuntos tratados, como pôde ser constatado nos seguintes relatos (dados não mostrados): *“não tivemos esta oportunidade, como estamos tendo agora”* (P95 - auxiliar de saúde bucal); *“nunca foi repassado”* (P144 – enfermeiro) e; *“ninguém tinha falado a respeito”* (P162 - auxiliar de enfermagem).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmaram existir possíveis lacunas na formação profissional direcionadas às práticas interdisciplinares. Acrescentam, também, que o trabalho interdisciplinar é um processo complexo, visto que aborda variáveis de comportamentos, opiniões, percepções, hábitos e impressões, podendo gerar discussões e desavenças entre o quadro funcional da unidade (SILVA, 2013). Ainda, as ações focadas na valorização social, a qual é diferenciada devido aos diferentes profissionais, a inadequação na organização e a valorização do modelo biomédico (AZEVEDO et al., 2012; SILVA et al., 2012), podem colaborar para que os profissionais relatem não ter conhecimento sobre a prática interdisciplinar em equipe.

As práticas interdisciplinares apresentam-se como um grande desafio no ensino em saúde, surgindo em contraponto ao modelo fragmentado de trabalho, todavia ainda é possível constatar que nem todos os profissionais estão encorajados a participar deste processo (BISPO et al., 2014). Neste aspecto, o presente trabalho por meio da utilização da roda de conversa permitiu que os conhecimentos relacionados ao tema 'interdisciplinaridade em equipes de saúde' fossem aprofundados, instigando intervenções contínuas de troca de conhecimentos e discussões entre os profissionais. Assim, por meio de alguns relatos dos participantes foi possível verificar que os objetivos foram alcançados, que houve um adequado aproveitamento na AEIN e que existiram contribuições para a atividade profissional (dados não mostrados): *“apresentou em linhas gerais a diferença entre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade”* (P55 - ACS) e; *“ficou mais claro o que é interdisciplinaridade”* (P71 - ACS); *“levar esse conceito para todos os atendimentos, pelos menos educacionais”* (P89 - enfermeiro) e; *“o tema ficou bem esclarecido e nos levou a reflexão”* (P62 - ACS). Estas afirmações comprovam a relevância de ações intervencionistas na prática de saúde, o que está de acordo com pesquisas de Mira et al. (2012).

Shimizu e Reis (2011) e Silva et al. (2014b) enfatizam que devido à falta de pessoal, muitos trabalhadores não conseguem se ausentar totalmente de suas tarefas para realizar cursos e/ou capacitações. Entretanto, investir em ações educativas é de extrema importância, visto que a educação permanente em saúde permite uma melhor atuação dos profissionais, contribuindo para mudanças práticas no atendimento ofertado aos usuários das ESF's. Considerando este aspecto ficou claro durante as avaliações que a carga horária utilizada na intervenção foi considerada adequada pela maioria dos participantes, conforme



se observa em alguns dos comentários (dados não mostrados): *“foi breve e consistente”* (P143 - médico) e; *“pela nossa correria foi adequada”* (P1 - ACS). Ressalta-se também, a importância positiva do uso do material didático para melhorar a fixação do conteúdo discutido (dados não mostrados): *“o material facilitou a compreensão”* (P138 - agente de endemias) e; *“material simples bem ilustrado”* (P96 - dentista). Estes resultados estão de acordo com Roecker et al. (2012) ao investigar como os enfermeiros planejam e executam a educação em saúde na 10ª Regional de Saúde do Paraná.

Cabe destacar que os profissionais classificados em outras profissões (Tabela 6), apresentam maior conhecimento prévio dos assuntos tratados que os ACS ( $p=0,016$ ), o que reitera os resultados verificados na Tabela 3, na qual os profissionais de nível superior relataram uma existência de interdisciplinaridade maior que os demais. Assim, pode-se confirmar a existência de uma maior integração curricular e inserção de conteúdos interdisciplinares no ensino superior, similarmente ao constatado por Albuquerque et al. (2007).

Ao final do estudo, os profissionais foram convidados a relatarem sugestões e críticas para o aprimoramento da intervenção, como pode ser verificado nas falas a seguir (dados não mostrados): *“seria interessante o aprofundamento do assunto em conjunto com a equipe”* (P96 - dentista); *“que essas avaliações tenham continuidade, por que é muito importante a opinião dos profissionais”* (P171 - ACS); *“precisa mais diálogo entre as equipes para que possa atingir um resultado cada vez melhor”* (P136 - ACS) e; *“que tenham sempre mais pesquisas para ajudar-nos no nosso dia-a-dia”* (P103 - auxiliar de saúde bucal). Dessa forma, demonstra-se o anseio no aprofundamento dos conhecimentos na área da interdisciplinaridade por parte da equipe, o que torna evidente a necessidade de maiores investimentos públicos relacionados a esta questão. Este resultado é ressaltado por Fontoura et al. (2014), que afirmam que ações intervencionistas de cunho interdisciplinar são capazes de atender ao usuário do sistema, compreendendo-o como ser biopsicossocial atuante no seu processo de tratamento. Soma-se, ainda, que o processo interdisciplinar não tem um fim e não está presente em todas as etapas, porém é construído a partir das necessidades e capacidades determinadas pelo ambiente e pelos sujeitos atuantes no cuidado em saúde.

## **CONCLUSÃO**

Os profissionais atuantes nas ESF's da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, em sua maioria alegaram realizar um trabalho interdisciplinar. Uma maior percepção da existência de interdisciplinaridade na equipe foi constada para os profissionais com ensino superior, com exercício profissional na instituição menor que cinco anos, que afirmam existir trabalho coletivo/ em equipe, reuniões multiprofissionais e um planejamento das ações em saúde e que o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens, demonstrando que o tema vem se destacando e ganhando maior importância dentro das equipes de saúde.

A percepção sobre existência de trabalho interdisciplinar apresentou associação com a escolaridade, existência de trabalho coletivo/ em equipe e o trabalho na ESF propiciando novas aprendizagens. Assim, estas variáveis podem contribuir diretamente para o aprimoramento do trabalho interdisciplinar coletivo.

O emprego da metodologia de rodas de conversas como ação educativa para a promoção da interdisciplinaridade nas equipes de ESF's foi satisfatória, visto que estimula a construção da autonomia dos sujeitos pesquisados, por meio da problematização de conceitos, da troca de informações e da reflexão para ação dos profissionais envolvidos. Assim, os participantes sinalizam claramente a importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde. Todavia, a construção de novas propostas sobre o tema não pode acontecer apenas dos esforços dos trabalhadores, mas deve ser fundamentada em políticas públicas que preencham as lacunas existentes no âmbito da prática interdisciplinar. É primordial a oferta de mais ações educativas no tocante à interdisciplinaridade, com o intuito de capacitar os profissionais de saúde para oferecer uma atenção integral à família, inter-relacionando a equipe das ESF's e a comunidade local.

## **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

ALBUQUERQUE, V.S. et al. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.3, p.296-303, 2007.

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

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

AZEVEDO, E. et al. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1333-1356, 2012.

BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.223-230, 2012a.

BACKES, D.S. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.1151-1157, 2012b.

BISPO, E.P.F. et al. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.49, p.337-350, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a. 91p.

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, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n. 1886**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, n.246; 19 dez. 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n. 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 25 Jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABPpr.def>. Acesso em: 20 julho 2015.

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 & Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.1509-1520, 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1400-1410, 2004.

COSTA NETO, M.M. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.1, n.2, p.46-51, 2000.

COSTA, M.O. **Mulher e mercado de trabalho: a realidade cearense**. Fortaleza: Instituto

de Desenvolvimento do Trabalho, 2008. 62p.

COSTA, R. P. **Interdisciplinaridade e Equipes de Saúde: um estudo de caso**. 2002. 102f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

COSTA, R.P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Revista Mental**, v.5, n.8, p.107-124, 2007.

DAVID, G.F.; TORRES, H.C. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em diabetes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.6, p.1185-1192, 2013.

FEITOSA, R.M.M. et al. Entre pensar e fazer na enfermagem: a interdisciplinaridade na perspectiva da clínica ampliada. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.25, n.1, p.75-88, 2011.

FERRO, L.F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia de saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades e desafios. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.111-129, 2014.

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

FURTADO, J.P. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.239-5,2007.

FONTOURA, L.F. et al. Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do trabalho em grupos nas ações de educação em saúde. **Revista UNIABEU**, v.7, n.15, p.66-75, 2014.

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.

GONÇALVES, C.R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v.38, n.100, p.26-34, 2014.

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

and Sons, 2000. 111p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 20 julho 2015.

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

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.1533-1541, 2010.

LIMA, V.V. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.279-288, 2012.

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.

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

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4503-4512, 2011.

MACIEL, M.S. et al. Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família – NASF. **Saúde (Santa Maria)**, v.41, n.1, p.117-122, 2015.

MATOS, E; PIRES, D.E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18, n.2, p.338-346, 2009.

MATTIONI, F.C. et al. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.20, n.2, p.263-271, 2011.

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

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

MIRA, V.L. et al. Evaluation of effectiveness of training of nursing professionals: a correlational study. **Brazilian Journal of Nurse**, v.11, n.3, p.595-606, 2012.

MIYAZAKI, M.Y. et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Revista Latino- Americano de Enfermagem**, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf) . Acesso em: 30 julho 2015.

MOREIRA, G.A.R. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.10, p.4267-4276, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Departamento de Organização e Gestão do Sistema. **Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no estado do Paraná**. Curitiba: SESA, 2009. 139p.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Desenvolvido pela Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná (CELEPAR). **Regionais de Saúde 2015**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>. Acesso em: 28 maio 2015.

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.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p.1403-1410, 2009.

RODRIGUES, B.C. et al. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, supl.1, p.149-154, 2012.

ROECKER, S. et al. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família:

dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p.641-649, 2012.

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, A.R.; COUTINHO, M.L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.708-724, 2014.

SANTOS, T.M.M.G. et al. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.6, p.954-961, 2012.

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

SHIMIZU, H.E.; REIS, L.S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p.3461-3468, 2011.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2405-2414, 2012.

SILVA, M.M. et al. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n.1, p.155-163, 2013.

SILVA, D.A.J. **Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família**. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), Rio de Janeiro, RJ, 2013.

SILVA, D.L. et al. Conselho municipal de saúde: perspectiva do profissional de saúde inserido na estratégia saúde da família. **Revista Unimontes Científica**, v.16, n.1, p.35-47, 2014a.

SILVA, S.S. et al. Agente comunitário de saúde: o uso da educação em saúde como facilitadora do cuidado. **Revistaem Extensão**, v.13, n.2, p.122-128, 2014b.



- 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.784-788, 2012.
- SOARES, L.A.C.F. Plano de carreiras, cargos e salários (PCCS) e motivação dos trabalhadores em saúde: a percepção dos funcionários da secretaria municipal de saúde de Manaus. **Revista de Administração Hospitalar**, v.10, n.1, p.61-74, 2013.
- SOUZA, R.C.S. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.34, n.3, p.55-63, 2013.
- TAVARES, C.M.A. et al. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.2, p.213-221, 2005.
- TEIXEIRA, C.F.S. et al. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1635-1646, 2013.
- TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, supl.1, p.193-201, 2008.
- TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.1, p.36-42, 2013.
- UCHÔA, A.C. Innovative care experiences at Family Health Program (PSF): potential and limits. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.29, p.299-311, 2009.
- VIEGAS, S. M.F.; PENNA, C.M.M.A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, v.17, n.1, p.133-141, 2013.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como propósito avaliar e promover práticas interdisciplinares entre profissionais das equipes de ESF da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. O grupo participante demonstrou dados relevantes para serem considerados, no tocante à gestão de trabalho voltada à formação de seus colaboradores, bem como para os próprios funcionários em relação à necessidade de reflexão das práticas relacionadas à atenção em saúde. Apesar disso, foi possível constatar que os profissionais revelaram a ocorrência da interdisciplinaridade na equipe, ressaltando que o tema é fundamental para um cuidado integral no processo saúde-doença de uma comunidade.

Vale ressaltar que as ESF's deveriam se enquadrar como campos férteis para execução da interdisciplinaridade, uma vez que o conceito de saúde para os profissionais das equipes ESF's é amplo e complexo, deixando de tratar da individualidade para atender o coletivo, inter-relacionando o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade. Todavia, ações interdisciplinares nos serviços de saúde não podem ser definidas como um modismo, mas sim como uma fundamentação reflexiva e coletiva, que considere e contextualize as práticas diárias e as relações de saber e poder de cada especificidade profissional e regional, objetivando construir experiências legítimas e perspectivas de trabalho mais efetivas para trabalhadores e usuários. Neste aspecto, a promoção de ações educativas torna-se imprescindível, uma vez que permite uma melhor atuação dos profissionais no atendimento aos usuários das ESF's. Assim, acredita-se que a metodologia da ação educativa "Rodas de Conversas" pode ser uma forma de estimular a construção da autonomia dos sujeitos, por meio da problematização de conceitos, da troca de informações e da reflexão para participação dos profissionais, conferindo maior ênfase à educação em saúde no âmbito da interdisciplinaridade.

Para trabalhos futuros, sugere-se uma intervenção avaliativa direta aos usuários. Dessa forma, após a aplicação da ação educativa interdisciplinar para os profissionais da equipe, será possível mensurar o nível de satisfação e qualidade dos serviços prestados à comunidade. Outra sugestão de abordagem sobre as práticas interdisciplinares, seria ampliar a avaliação do trabalho para os demais municípios inseridos na 5ª Regional de Saúde, com o intuito de realizar uma avaliação mais ampla, categorizando municípios de pequeno, médio e grande porte.

## ANEXO 1

### Parecer de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa - UNICENTRO

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)3629-6177 **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 Simão Camargo Varela de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carlí **CEP:** 85.040-020  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comap\_unicentro@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 455/12

**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 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](mailto:comep_unicentro@yahoo.com.br)

## APÊNDICE 1

### 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 semi-estruturadas, 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 Pesquisador

## APÊNDICE 2

### QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DA INTERDISCIPLINARIDADE Adaptado de Costa (2007)

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_

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 múltiplas escolhas e abertas. Pedimos sua colaboração para respondê-lo, pois sua participação é fundamental e imprescindível. Desde já, agradecemos sua cooperação.

Obrigada.

#### 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 experiênciaprofissional:

( ) 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 \_\_\_\_\_

3.3 – Você considera que existe trabalho coletivo / em equipe nesta instituição?

- Sim Por que? \_\_\_\_\_
- Não Por que? \_\_\_\_\_

3.4- Existem reuniões de equipe multiprofissional nesta instituição?

- sim. A cada quanto tempo? \_\_\_\_\_
- não

3.5 – Quem coordena o trabalho em equipe?

- gerente
- enfermeiro
- assistente social
- psicólogo
- médico
- técnico de enfermagem
- outro \_\_\_\_\_

3.6 – Como é feita a escolha da coordenação da equipe?

- pela SMS
- pelos trabalhadores de saúde
- surge como líder naturalmente
- a partir do planejamento a ser desenvolvido

3.7 – Você considera que o trabalho nesta equipe propicia novas aprendizagens?

- sim - Como/ quando elas ocorrem? \_\_\_\_\_
- não - Por que? \_\_\_\_\_

3.8- Existe um planejamento das ações de saúde nesta instituição?

- sim
- não

3.9 - Quem participa da elaboração do planejamento?

- SMS
- toda a equipe
- gerência da unidade
- a enfermagem
- usuários

#### 4 – INTERDISCIPLINARIDADE E EQUIPE

4.1 – O que você compreende por interdisciplinaridade?

---

---

---

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

- sim - Como e quando ela ocorre? \_\_\_\_\_
- não - Por que? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3

### ÁLBUM SERIADO– INTERDISCIPLINARIDADE EM EQUIPES DE SAÚDE

#### Interdisciplinaridade em Equipes de Saúde

PATRICIA CHICONATTO  
SÂNIA SCHMITT

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário  
Londrina - 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

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

ABORDAGENS ISOLADAS DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO



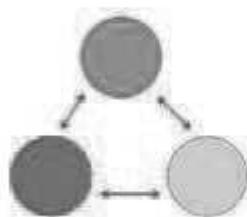
#### Diferenças Conceituais entre as Equipes de Saúde

EQUIPE INTERDISCIPLINAR

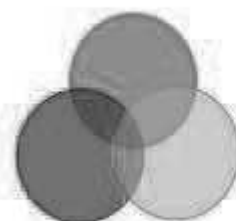
ABORDAGENS INTEGRADAS DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO



#### Diferenças Conceituais entre as Equipes de Saúde



Atuação Multidisciplinar



Atuação Interdisciplinar

## APÊNDICE 4

### QUESTIONÁRIO DE PROMOÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE Adaptado de Mira (2010)

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 idéia 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.

UBS: \_\_\_\_\_

Nome da AEIN: \_\_\_\_\_

Instrutor: \_\_\_\_\_

1) Você já tinha conhecimento dos assuntos tratados nesta AEIN? ( ) Sim ( ) Em parte ( ) Não  
Justifique: \_\_\_\_\_

2) Os objetivos propostos pela AEIN foram alcançados? ( ) Sim ( ) Em parte ( ) Não  
Justifique: \_\_\_\_\_

3) Como foi a carga horária da AEIN? ( ) Adequada ( ) Insuficiente ( ) Excessiva  
Justifique: \_\_\_\_\_

4) Como você avalia o seu aproveitamento nesta AEIN? ( ) Bom ( ) Regular ( ) Fraco  
Justifique: \_\_\_\_\_

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

6) Como você avalia o material didático? ( ) Adequado ( ) Insuficiente ( ) Excessivo  
Justifique: \_\_\_\_\_

7) Na sua opinião, a AEIN como um todo, obteve qual das seguintes notas? ( marque com um "X")  
1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

8) Quais as sugestões ou críticas complementares que você apresenta para o aprimoramento desta AEIN:  
\_\_\_\_\_