



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

**TRABALHO INTERDISCIPLINAR ENTRE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS 4ª E 5ª REGIONAIS DE SAÚDE DO  
PARANÁ: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA**

**IRATI, PR**

**2016**

**ALTAIR JUSTUS NETO**

**TRABALHO INTERDISCIPLINAR ENTRE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS 4ª E 5ª REGIONAIS DE SAÚDE DO  
PARANÁ: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA**

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: Profª. Drª. Daiana Novello

Co-Orientadora: Profª. Drª. Evani Marques Pereira

**IRATI, PR**

**2016**

J968t

Justus Neto, Altair.

Trabalho interdisciplinar entre profissionais de equipes de  
estratégia saúde da família das 4ª e 5ª regionais de saúde do  
Paraná: uma investigação qualitativa / Altair Justus Neto, 2016

65 f.

Orientador: Drª. Daiana Novello; Drª Evani Marques  
Pereira

Feita pelo bibliotecário Eduardo Ramanauskas

CRB9 - 1813

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha família,  
pois sem ela, não teria forças para ter chego até o fim.  
Minha esposa e meu filho, este trabalho também é de  
você.*

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer e ser grato a todos que estiveram comigo ao longo da caminhada.

Não poderia ser diferente, primeiramente quero agradecer a Deus, pois se não fosse ele, não teria fôlego para ter concluído o mestrado. Senti sua presença ao meu lado todos os dias. Tenho certeza que me guiou em todas as viagens feitas até Irati, e principalmente, me guiou em todas as decisões tomadas ao longo deste percurso, a Ele toda honra e toda glória.

A minha esposa Keylla, minha maior incentivadora, meu alicerce, minha base. A você que sonhou esse sonho comigo, esta é a materialização dele, e pode ter certeza, você foi fundamental para que ele se realizasse. Amo você.

Ao meu Filho Davi, que mesmo com poucos meses de vida, me trouxe novos ares nesse fim de caminhada e me impulsionou para chegar ao fim. Amo você meu filho.

Aos meus pais, que mesmo não tendo a real noção da importância que o mestrado tem para mim, sempre me apoiaram e me auxiliaram. Amo vocês.

A minha família, que sempre esteve ao meu lado.

Ao meu sogro, Sr. Kleyner, que mesmo não estando mais entre nós, tenho certeza que está orgulhoso de mim. Sogra, você sempre foi um dos meus maiores incentivadores. Obrigado por tudo.

Aos meus colegas de mestrado, que fizeram a caminhada ser mais leve e descontraída em alguns momentos. Sentirei falta das nossas reflexões. Obrigado por fazerem parte de tudo isso.

As minhas colegas de grupo de pesquisa: Patrícia Chiconato, Vania Schmitt e Luana Bernardi, obrigado por me deixarem fazer parte deste seleto grupo de pesquisadores. Obrigado por compartilharem seus conhecimentos e me auxiliarem em tudo.

Aos Doutores Professores que compartilharam seus conhecimentos, meus sinceros agradecimentos.

Finalizando, e de maneira alguma menos importante, na verdade, o mais importante de todos os agradecimentos, tenho dificuldade para achar palavras que demonstrem minha gratidão à minha orientadora, Doutora Daiana Novello. Tenho total convicção que se hoje consigo meu título de mestre é porque a Senhora me conduziu até aqui, com paciência, perseverança e maestria. Muito obrigado do fundo do meu coração.

*“Porque para Deus nada é impossível”*

Lucas 1:37

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO GERAL E JUSTIFICATIVA</b> .....	1
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	4
<b>OBJETIVOS</b> .....	6
Objetivo geral .....	6
Objetivos específicos .....	6
<b>CAPÍTULO 1. Revisão Bibliográfica</b> .....	7
<b>1.1 Interdisciplinaridade</b> .....	8
1.1.1 Conceito .....	8
1.1.2 O trabalho interdisciplinar na saúde pública .....	9
1.1.3 Características do atendimento interdisciplinar .....	10
1.1.4 Desafios para o atendimento interdisciplinar .....	11
1.1.5 Técnica para intervenções interdisciplinares .....	12
<b>1.2 Desenvolvimento Comunitário</b> .....	13
1.2.1 Conceito de Comunidade .....	14
1.2.2 A promoção à saúde e o desenvolvimento comunitário .....	14
<b>1.3 Ações de saúde associadas às políticas públicas</b> .....	16
1.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS) .....	16
1.3.2 A atenção básica (AB) .....	18
1.3.3 Programas atuais relacionados à atenção básica .....	19
<b>1.4 Regionais de Saúde do Paraná</b> .....	23
1.4.1 Regionalização do Estado do Paraná .....	23
1.4.2 O município de Irati – 4ª Regional de Saúde .....	24
1.4.3 O município de Guarapuava – 5ª Regional de Saúde .....	25
<b>1.5 A pesquisa científica: enfoque qualitativo</b> .....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	28
<b>CAPÍTULO 2. Trabalho interdisciplinar entre profissionais de Equipes de Estratégia Saúde da Família das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná: Uma Investigação Qualitativa</b> .....	33
<b>RESUMO</b> .....	34
<b>ABSTRACT</b> .....	35
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	36
<b>METODOLOGIA</b> .....	39
<b>RESULTADOS</b> .....	42
<b>DISCUSSÃO</b> .....	48
<b>CONCLUSÃO</b> .....	54
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	55
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>Apêndice 1</b> .....	60
<b>Apêndice 2</b> .....	62
<b>Anexo 1</b> .....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AL	Alagoas
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
DAB	Departamento de Atenção Básica
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PB	Paraíba
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PR	Paraná
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SCTIE/MS	Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SESA-PR	Secretária de Saúde do Paraná
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## RESUMO GERAL

A interdisciplinaridade é caracterizada pela interação de diversas disciplinas que atuam dentro de um mesmo projeto. Na saúde deve ser interpretada como uma maneira de abordar determinadas situações ou problemas, articulando diferentes saberes e práticas, integrando a equipe e melhorando a assistência prestada a população. O objetivo deste trabalho foi analisar de forma qualitativa aspectos relacionados ao trabalho interdisciplinar entre profissionais pertencentes às equipes de ESF das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná. Para a obtenção dos dados foi aplicada a técnica da roda de conversa que teve por objetivo gerar uma reflexão entre os profissionais das ESF acerca da interdisciplinaridade. Participaram da pesquisa 31 funcionários, pertencentes a 5 categorias profissionais, distribuídas em 2 ESF urbanas de Guarapuava, PR e 2 ESF urbanas de Irati, PR. Foram observadas quatro categorias referentes aos núcleos de sentido: a) Conhecimento sobre interdisciplinaridade: os trabalhadores entendem o tema como uma troca de informações, associação ou combinação dos profissionais e trabalho multiprofissional; b) práticas interdisciplinares: os participantes referiram o repasse de informação, a discussão em grupo, a associação dos profissionais, as reuniões de equipe como ações realizadas para promover a interdisciplinaridade. Além disso, também observou-se a não existência de práticas interdisciplinares; c) dificuldades para realizar o trabalho interdisciplinar: foram elencadas a falta de comunicação entre os diferentes níveis de gestão, a estrutura física inadequada nas unidades, a falta de recursos humanos e materiais e a rotatividade de profissionais como dificultadores para a realização de um trabalho interdisciplinar; d) práticas realizadas para o incentivo do trabalho interdisciplinar: foi relatado que o incentivo para estas ações deve ser unicamente por meio dos gestores. Também, os profissionais reconhecem que existem algumas intervenções incentivadoras, porém não souberam explicar quais seriam. Conclui-se que os profissionais apresentam um conhecimento fragmentado sobre interdisciplinaridade e possuem baixo nível de compreensão sobre as práticas interdisciplinares realizadas pelos profissionais das ESF. Também, evidenciou-se que são muitas as dificuldades existentes para a realização de práticas interdisciplinares em ESF e que as equipes acreditam que os gestores públicos superiores são os únicos responsáveis pelo incentivo e fornecimento de novos conhecimentos às equipes.

## GENERAL ABSTRACT

The interdisciplinary approach is characterized by the interaction of several disciplines working within the same project. Considering health, it should be interpreted as a way to approach certain situations or problems, articulating different knowledge and practices, integrating the team and improving care provided to the population. The objective of this study was to analyze, using a qualitative methodology the existence of interdisciplinary work between Health Strategy Teams of family professionals (HST) from 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> Regional Health Bureau of the State of Paraná. To obtain the data, it was applied the conversation circle technique that aimed to generate a discussion among professionals of the HST about interdisciplinarity. The participants were 31 employees, belonging to five professional categories, distributed in two urban HST from Guarapuava, PR and two urban HST from Irati, PR. Four categories relating to units of meaning were observed: a) knowledge about interdisciplinarity: workers understand the subject as an exchange of information, association or combination of professionals and multidisciplinary work; b) interdisciplinary practices: participants mentioned the transfer of information, group discussion, the professional association, and the team meetings as actions taken to promote interdisciplinarity. Moreover, they observed the absence of interdisciplinary practices; c) difficulties in carrying out interdisciplinary work: the lack of communication between the different levels of management, inadequate physical structure in the health units, the lack of human and material resources and staff turnover as difficulties to carry out interdisciplinary work were listed; d) practices undertaken for the promotion of interdisciplinary work: it was reported that the incentive for these actions should be done only by managers. Furthermore, the professionals admit that there are some booster interventions; nevertheless, they were unable to specify which they are. We conclude that the professionals have a fragmented knowledge of interdisciplinary and have a low level of understanding of the interdisciplinary practices carried out by professionals from the HST. Besides that, it was observed that there are many difficulties for the realization of interdisciplinary practices in HST and that teams believe that only senior public managers are the responsible for encouraging and providing new knowledge to the teams.

## INTRODUÇÃO GERAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no final da década de 80, juntamente com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e com a Lei nº 8.080/1990. Esta nova proposta estava baseada em uma organização do sistema de saúde de acordo com o Movimento de Reforma Sanitária, que tinha o objetivo de uma política pública de inclusão social. Atualmente, o SUS ainda regula todas as ações e serviços de saúde no território nacional (ALENCAR, 2012; SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Dentre os princípios elaborados a fim de regulamentar e operacionalizar as ações do SUS, estão a universalidade, a integralidade e a equidade. Também, foram instituídas algumas diretrizes como a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. Todos estes princípios e diretrizes estão alocado sem uma rede organizada de serviços, que é classificada como: atenção primária, secundária e terciária, a qual possui níveis diferenciados de complexidade de ações e tecnologia agregada. Considerando este aspecto, a atenção primária em saúde é também conhecida como Atenção Básica (AB), sendo que através da sua organização na Atenção Primária à Saúde (APS) o usuário tem sua entrada preferencial ao sistema (ALENCAR, 2012).

Considerando-se a saúde como sendo um direito de todos e um dever do estado, a AB em 1997 passou a ser priorizada pelos gestores públicos nas esferas municipal, estadual e federal, assumindo um papel de coordenadora do cuidado integral e ordenadora das redes de atenção em saúde (SOUZA; BOTAZZO, 2013). Este é um território delimitado e exercido dentro das Estratégias Saúde da Família (ESF) (FILHO; SARTI, 2012; SOUZA; BOTAZZO, 2013), a qual possui por objetivos principais proporcionar uma atenção integral à saúde das famílias, identificando e propondo ações para soluções de problemas, bem como incentivar a participação da população de modo comunitário (LOCH-NECKEL et al., 2009).

A ESF apresenta alguns benefícios como o maior vínculo com usuário, a atenção integral e cuidados no contexto familiar e da comunidade, a redução

da mortalidade infantil e de hospitalizações, além do que, os usuários possuem acesso à medicamentos de uso regular (LIMA-COSTA et al., 2013). Porém, verifica-se que o trabalho não ocorre de forma interdisciplinar que é caracterizada por uma abordagem integrativa e articulando diferentes saberes e práticas, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional (SOUZA; SOUZA 2009). Neste aspecto, pesquisas vêm demonstrando que o trabalho interdisciplinar entre os profissionais de saúde, atuantes na ESF, é essencial para que a assistência aos usuários da saúde pública seja realizada de maneira eficiente (FURTADO, 2007; SILVA et al., 2012).

Pesquisas recentes demonstram que ações interdisciplinares são raramente verificadas em ESF, onde o trabalho continua com o enfoque curativo e biomédico (LOCH-NECKEL et al., 2009; SOUZA, 2011). Geralmente, este efeito é resultado do isolamento das disciplinas curriculares, que faz com que os profissionais tenham uma visão singular e limitada, demonstrado certa insuficiência na plenitude do atendimento à população (MATOS et al., 2010).

Campos e Belisário (2001) e Couto et al. (2013) expõem algumas dificuldades na implementação de intervenções interdisciplinares em ESF, tais como: as diferentes formações profissionais, voltadas a especialidade; a falta de comunicação entre os profissionais; as condições precárias de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos. Dessa forma, torna-se imprescindível a realização de avaliações periódicas nas equipes, bem como de intervenções educativas que estimulem essa prática entre os profissionais (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Atualmente, existem muitos métodos para se avaliar e promover o trabalho integrado entre equipes de diversas áreas do conhecimento. Neste aspecto, destacam-se algumas metodologias: a) hermenêutico-dialética, que propõe uma reflexão entre as experiências dos sujeitos e momentos históricos (FERRO et al., 2014); b) estudos de casos (MADEIRA, 2009), que podem aprofundar a descrição de determinada realidade; c) o apoio matricial unido as equipes de referência, em que um especialista no tema se integra aos profissionais, promovendo um espaço para a troca sistemática de

conhecimentos entre várias profissões e especialidades, permitindo uma atuação interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007) e; d) metodologias ativas, as quais se baseiam em experiências reais ou simuladas para desenvolver o processo do aprender.

A metodologia hermenêutica-dialética busca compreender a prática social dos indivíduos e entender o seu processo histórico e de trabalho. Nesse contexto, este tipo de abordagem possibilitará uma maior compreensão da realidade, das ações e dos comportamentos, implicando no objetivo pretendido. Também, é bastante difícil mensurar as dificuldades do trabalho interdisciplinar por meio de gráficos, equações e dados estatísticos. Assim, muitas vezes, para se alcançar os objetivos de estudo é necessário um referencial de produção de dados de outra natureza, como, por exemplo, a abordagem qualitativa (MINAYO, 1996). Diante do exposto, o objetivo da presente pesquisa foi analisar de forma qualitativa aspectos relacionados ao trabalho interdisciplinar entre profissionais pertencentes às equipes de ESF das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná.

Esta dissertação 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.

A dissertação está dividida em 2 Capítulos. No Capítulo 1 será abordada a revisão bibliográfica do tema de estudo, enquanto no Capítulo 2 será apresentado um artigo científico produzido com os resultados obtidos na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, H.H.R. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.1, p.223-233, 2012.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.9, p.133-142, 2001.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

COUTO, L.L.M.; SCHIMITH, P.B.; DALBELLO-ARAUJO, M. Ação no SUS: a interdisciplinaridade Posta à Prova. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p.500-511, 2013.

ELIAS, P.E.; FERREIRA, C.W.; ALVES, M.C.G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; JÚNIOR, A.E.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.633-641, 2006.

FERRO, L.F.; EMELIN, C.S.; ZIMMERMANN, A.B.; CASTANHORO, R.C.T.; OLIVEIRA, F.R.L. Interdisciplinaridade e intersetorialidade da Estratégia Saúde da família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v.38, n.2, p.129-138, 2014.

FILHO, F.P.P.; SARTI, F.M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2981-1990, 2012.

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

LIMA-COSTA, M.F.; TURCI, M.A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.7, p.1370-1380, 2013.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.; RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1463-1472, 2009.

MADEIRA, K.H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso**. 2009. 145p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Itajaí, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; SOUZA, G.W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.863-869, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996. 269p.

SILVA, L.M.S.; FERNANDES, M.C.; MENDES, E.P.; EVANGELISTA, N.C.; TORRES, R.A.M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.2, p.789-794, 2012.

SOUZA, C.R; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.393-413, 2013.

SOUZA, D.R.P.; SOUZA, M.B.B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p.117-123, 2009.

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

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Analisar de forma qualitativa aspectos relacionados ao trabalho interdisciplinar entre profissionais pertencentes às equipes de ESF das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná.

### **Objetivos específicos**

- Analisar o conhecimento dos profissionais de ESF acerca do conceito e importância do trabalho interdisciplinar;
- Examinar o entendimento sobre práticas interdisciplinares realizadas pelas equipes de ESF;
- Avaliar as dificuldades referidas pelos profissionais de ESF para a ocorrência de um trabalho interdisciplinar;
- Investigar as possíveis ações necessárias para se incentivar a realização de um trabalho interdisciplinar, na visão dos profissionais de ESF.

**CAPÍTULO 1**  
**Revisão Bibliográfica**

---

## **1.1 Interdisciplinaridade**

### **1.1.1 Conceito**

Inicialmente, a caracterização de alguns termos é fundamental para melhorar a compreensão sobre a interdisciplinaridade: a) disciplina - configura uma divisão e especialização dentro do conhecimento científico. É uma categoria organizadora e responde à diversidade das áreas (MORIN, 2003); b) multidisciplinar - é considerado um agrupamento de disciplinas propostas de modo simultâneo, sem cooperação entre elas (IRIBARRY, 2003); c) pluridisciplinaridade - é caracterizada pela junção de disciplinas específicas com relações de cooperação, contudo resulta em um processo desordenado e sem um fim específico (IRIBARRY, 2003) e; d) transdisciplinaridade - é um trabalho coletivo entre as disciplinas, o qual implicará na construção de teorias, conceitos e abordagens, não havendo limite entre as áreas comuns das profissões (MADEIRA, 2009).

Sabendo-se das diferentes variações existentes, a interdisciplinaridade pode ser caracterizada pela intensidade na ocorrência da troca de informações entre os especialistas, possibilitando a integração entre as disciplinas dentro de um projeto específico. Assim, quando ocorre o trabalho interdisciplinar, ficam evidentes os resultados, em que se incorporam técnicas e esquemas conceituais entre disciplinas (SCHERER et al., 2013).

Para que ocorra a interdisciplinaridade, torna-se necessário desenvolver um trabalho com profissionais em conjunto e no mesmo espaço, conforme a demanda de cada caso. O objetivo final dessa integração é proporcionar ao paciente um cuidado de qualidade, realizado por diversos profissionais, os quais deverão propor uma solução para o problema (JAPIASSU, 2006; SCHERER et al., 2013). Assim, o profissional de saúde, por meio do trabalho interdisciplinar, tem a possibilidade de desenvolver uma visão que transcende a barreira da especificidade do seu saber, decorrente da sua prática. Dessa forma, pode auxiliar para a redução e/ ou extinção da hegemonia de um saber sobre o outro (FURTADO, 2007).

### 1.1.2 O trabalho interdisciplinar na saúde pública

Atualmente, muitos são os desafios encontrados por profissionais de diversas áreas para que desenvolvam um trabalho em equipe multidisciplinar. Este tipo de atuação deve realizar soluções preventivas e que ultrapassem ações de caráter emergencial, centrada apenas em um único profissional (SOUZA; SOUZA, 2009).

O trabalho interdisciplinar é uma maneira complexa de entendimento e de enfrentamento de problemas do cotidiano. Assim, requer a integração dos saberes e também das práticas, afim de normalizar as disciplinas e as profissões delas decorrentes. Neste aspecto, o trabalho interdisciplinar pode ser a ferramenta para integrar conhecimento e ação, na busca pela integralidade da atenção na saúde pública (SCHERER et al., 2013).

Ao longo do tempo verifica-se que a atuação interdisciplinar foi marcada por alguns limites e barreiras, dificultando, inclusive, a capacidade de imaginar possibilidades de integração entre profissionais. Contudo, esta forma de atuação continua sendo um importante instrumento para melhorar a atenção à saúde da população (CAVALCANTI; CARVALHO, 2010).

Um estudo realizado por Loch-Neckel et al. (2009), avaliou as principais dificuldades encontradas por ESF para a ação interdisciplinar na atenção básica. Os resultados demonstraram que o trabalho realizado pelos profissionais tem o intuito de uma ação conjunta por meio do diálogo, porém ela não ocorre na prática. Os principais fatores apontados para este efeito foram: elevado número de atendimentos; falta de profissionais e; dificuldade de atuação em equipe. Dessa forma, os autores sugeriram a aplicação de treinamentos para a equipe, o que poderia viabilizar o trabalho interdisciplinar.

Em uma pesquisa qualitativa, Madeira (2009) avaliou as relações interdisciplinares entre os profissionais de ESF na cidade Itajaí, SC. Verificou-se que a discussão contínua entre os profissionais atuantes é fundamental para a promoção do trabalho interdisciplinar, tornando as ações mais eficazes. Contudo, sabe-se que esta forma de ação só terá êxito quando existirem investimentos em treinamentos e atualizações para as equipes, por parte dos

gestores de saúde (LOCH-NECKEL et al., 2009; CAVALCANTI; CARVALHO, 2010).

### 1.1.3 Características do atendimento interdisciplinar

O trabalho interdisciplinar se caracteriza pela integração dos profissionais, oriundos de diferentes áreas, que utilizam de seus conhecimentos para desenvolver um trabalho completo. Tem o objetivo solucionar os problemas dos pacientes assistidos, ultrapassando a visão de uma saúde curativa, emergencial e isolada (MORIN, 2003; JAPIASSU, 2006).

A equipe interdisciplinar deve atuar de forma integral para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes. Assim, o acolhimento da população é essencial em um processo intervencionista, que visa um atendimento humanizado e de qualidade. Para isso, os profissionais devem estar habilitados a realizar ações globais e acolhedoras ao usuário, convergindo ao diálogo. E, além disso, deve-se buscar informações adequadas, a fim de possibilitar um plano efetivo para promoção de um atendimento de qualidade ao paciente (CAVALCANTI; CARVALHO, 2010).

Diante da importância do trabalho interdisciplinar, Loch-Neckel et al. (2009) relatam algumas características fundamentais para que a equipe obtenha êxito neste tipo de atendimento: organização do trabalho, através do diálogo contínuo da equipe; aproximação com a população, através do contato direto entre equipe e paciente; modificação do conceito da equipe em relação a saúde, realizada de maneira curativa e biomédica.

Estudos demonstram que o modelo de trabalho interdisciplinar atual é considerado bastante positivo por pesquisadores e profissionais que já o desenvolvem, porém ele ainda é uma realidade pouca aplicada no Brasil (LOCH-NECKEL et al., 2009; CAVALCANTI; CARVALHO, 2010). Neste contexto, a implantação de ações interdisciplinares é dificultada, principalmente, por fatores como a hiperespecialização. Em geral, esta é uma característica básica da formação curricular contemporânea, o que dificulta a união de saberes e uma atuação global (SCHERER et al., 2013).

#### 1.1.4 Desafios para o atendimento interdisciplinar em saúde

A interdisciplinaridade é vista como um desafio desejável na área da saúde, porém existem diversas dificuldades na operacionalização desse método de trabalho (CAVALCANTI; CARVALHO, 2010). Dentre elas, destaca-se a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, que não sabem discernir o seu campo de competência e de atuação, bem como delimitar as fronteiras profissionais (LOCH-NECKEL et al., 2009). Além disso, o trabalho integrado se torna difícil, uma vez que, em geral, os profissionais apresentam dificuldades para superar as barreiras disciplinares e de pensamentos individuais. Outro aspecto é a forma como é conduzido o trabalho dentro da área da saúde, sendo que as decisões são voltadas aos atos médicos (LOCH-NECKEL et al., 2009; SCHERER et al., 2013), à prática fragmentada e no modelo biomédico (MADEIRA, 2009).

A perspectiva interdisciplinar no campo da saúde pretende um atendimento humanizado, evidenciando a essência, o respeito à individualidade e às diferenças profissionais. Contudo, faz-se necessário que a equipe entenda a complexidade do processo saúde-doença e a necessidade da interação e diálogo entre os profissionais e pacientes (JAPIASSU, 2006; MADEIRA, 2009).

Apesar das dificuldades atuais, o processo de atuação interdisciplinar pode ser melhorado por meio, especialmente, de treinamentos e educação dos profissionais, voltados ao acolhimento da população. Neste aspecto, Hennington (2005) realizando uma pesquisa na cidade de São Leopoldo, RS, promoveu a implantação de um grupo de acolhimento entre profissionais de uma clínica escola. Os resultados demonstraram uma maior integração entre os trabalhadores, novos estímulos para a troca de saberes, obtendo-se melhorias no atendimento aos usuários. Dessa forma, confirma-se a importância de ações intervencionistas para que ocorram reais modificações no ambiente de trabalho, bem como um atendimento ao usuário mais adequado a realidade da população.

### 1.1.5 Técnicas para intervenções interdisciplinares

Para que ocorra o trabalho interdisciplinar entre os profissionais atuantes em equipes, são necessárias algumas estratégias intervencionistas. Estas devem ser estimuladas, especialmente, pelos gestores municipais, estaduais e federais, visando a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente.

A metodologia qualitativa e de observação crítica do processo de trabalho vêm demonstrando bons resultados como um método de avaliação de ações interdisciplinares. Jorge et al. (2010) analisaram a forma de atuação interdisciplinar já existente entre 28 profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Quixadá, CE. As técnicas utilizadas pelos trabalhadores eram reuniões semanais para a discussão dos casos dos pacientes atendidos no local. Os resultados demonstraram que a atividade realizada pelo grupo foi eficaz para melhorar a qualidade do serviço prestado à população, porém as decisões ainda eram centradas no modelo biomédico tradicional.

Uma técnica que apresenta bons efeitos para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar são, também, as rodas de conversa, conforme demonstraram Mandrá e Silveira (2013), que utilizaram este método em pacientes que aguardavam por atendimento em um hospital de Ribeirão Preto, SP. Diversos profissionais da entidade utilizaram a roda de conversa como metodologia de promoção à saúde. Os trabalhadores realizaram a atividade de forma integrada, abordando o tema: *“estratégia para promoção da saúde fonoaudiológica”*. O intuito era verificar a satisfação dos participantes de um programa educativo em saúde. A prática obteve alto índice de satisfação entre os usuários e foi considerada eficaz para promover a integração dos profissionais.

As ações programadas podem ser consideradas um auxílio importante para a prática interdisciplinar. Neste aspecto, a visita domiciliar e os grupos de apoio possibilitam verificar situações problemas, que são levadas para discussão entre os profissionais buscando uma solução. Esta prática fortalece

a integração e o compartilhamento do trabalho pela equipe, implementando as ações interdisciplinares de forma eficiente (MADEIRA, 2009).

Uma dinâmica que também pode ser utilizada para a promoção de intervenções interdisciplinares é o trabalho de educação em saúde. Este método possibilita a construção coletiva, pois pretende a integração dos saberes e a realização de práticas efetivas e valorizadas, gerando ações conjuntas, com a inclusão dos profissionais voltados à novas atuações, com o uso de metodologias educativas. As ações de educação em saúde se dão a partir de temas específicos aplicados para o público alvo, por meio de palestras, diálogos e exposição de materiais educativos (FONTOURA et al., 2014).

Segundo Madeira (2009), o processo interdisciplinar deve, em geral, ocorrer buscando a integralidade, a reorganização do processo de trabalho e assumindo a responsabilidade de compartilhar os saberes para melhorar a resolutividade nas ações em saúde.

## **1.2 Desenvolvimento Comunitário**

Entende-se por desenvolvimento comunitário o trabalho realizado afim de melhorar as condições de vida das pessoas que habitam em um mesmo local. Uma comunidade pode ser classificada pelo seu espaço geográfico ou cultural, atendendo cada um à sua especificidade. Assim, o objetivo é realizar as ações, promovendo iniciativas geradoras de riqueza e de emprego que correspondam a um plano local de desenvolvimento integrado (FRAGOSO; LUCIO-VILLEGAS, 2014).

As comunidades têm o intuito de capacitar a população para que possa contribuir em seu processo de desenvolvimento (GÓMEZ et al., 2007). Neste contexto, o grupo pode ser ampliado de várias maneiras, como, por exemplo, por meio de técnicas sociais, incluindo a participação da população de forma democrática e ativa. O intuito é promover o ser humano, mobilizando recursos e instituições afim de realizar o planejamento e execução de programas voltados à melhoria da qualidade de vida do ambiente em que vivem (SILVA, 2013).

Os programas que visam o crescimento social devem promover o coletivo e as formas de cooperação comum, podendo operar tanto em nível nacional quanto local. Porém, para que ocorra o desenvolvimento comunitário, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece como componente essencial a participação ativa dos membros da sociedade (GÓMEZ et al., 2007; FRAGOSO; LUCIO-VILLEGAS, 2014).

### 1.2.1 Conceito de Comunidade

O desenvolvimento do indivíduo é contemplado pelo aperfeiçoamento de suas atividades sociais. Neste contexto, considera-se que apenas quando o sujeito passar a adotar atitudes cooperativas dentro do seu grupo social e/ ou comunidade é que ele se tornará um ser completo (NOGUEIRA, 2007).

Em um aspecto mais amplo, a comunidade pode ser caracterizada considerando-se suas características culturais dentro de um espaço geográfico, o qual possui uma combinação de diferentes necessidades com vistas ao pleno desenvolvimento (SILVA, 2013). Também, pode ser compreendida pelo território que abrange, pelos seus habitantes e pela estrutura social e cultural. Dessa maneira, pode remeter a uma ideia positiva, sendo um local que oferece segurança aos seus habitantes (BAUMAN, 2003; GÓMEZ, 2007). Já para Fragoso e Lucio-Villegas (2014), o termo comunidade pode ser definido como um grupo pertencente à sociedade civil, em que políticos, governantes e líderes deverão promover ações que possibilitem e gerem o seu desenvolvimento.

### 1.2.2 A promoção à saúde e o desenvolvimento comunitário

Com o intuito de contornar a crise do setor da saúde, no ano de 1970, ganhou importância um novo modelo de gestão das políticas públicas, o que favorecia o modelo comunitário. As características se fundamentavam na participação da comunidade e inserção de agentes de saúde nas equipes de atendimento nas UBS. Este fato promoveu a integração entre os profissionais e a população, o que culminou no aproveitamento de recursos para os setores mais necessitados (VIEIRA; FERREIRA, 2015).

Em 1986, ocorreu em Ottawa, no Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na qual foi escrita a Carta de Ottawa. Nesta, ficaram estabelecidos cinco eixos que levariam à promoção da saúde em nível mundial: a) reorientação dos serviços de saúde; b) construção de políticas públicas saudáveis; c) criação de ambientes favoráveis à saúde; d) desenvolvimento de habilidades pessoais e; e) reforço da ação comunitária (BRASIL, 2001). Este documento deixa claro que desde o século XX já haviam expectativas de criação de uma saúde pública inclusiva (LOPES et al., 2010).

Atualmente, no SUS as ações de promoção da saúde ainda estão em evolução. São muitas as teorias e definições sobre a promoção e o trabalho interdisciplinar, porém, o atendimento ainda se baseia em um modelo tradicional de saúde centralizado no profissional médico. A maioria das unidades de saúde ainda tem como princípio a busca por especialidades e ações curativas (SILVA et al., 2012). Contudo, desde 2006, ações públicas estão sendo implantadas com intuito de reverter este quadro. Destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual dispõe de diretrizes e recomenda estratégias de organização das ações de promoção da saúde nas três esferas de gestão do SUS. Os principais objetivos da PNPS são: promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes; estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas no âmbito das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Em um estudo qualitativo realizado nas cidades de Belo Horizonte e Contagem, MG, foram avaliados 28 profissionais de ESF com o objetivo de discutir a prática de grupos como estratégia de promoção à saúde. Verificou-se que os participantes utilizam à prática de grupos e à indicam, como sendo bem-sucedida para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde (HORTA et al., 2009).

Considera-se que a promoção da saúde é uma estratégia que visa articular a gestão, a assistência e os usuários, anulando os fatores que colocam em risco a saúde da população. Além disso, deve-se incorporar a participação social no desenvolvimento das ações de saúde. Isso, poderá

promover o empoderamento social dos atores da comunidade, utilizando-o como fator determinante para reduzir os agravos à saúde (OLIVEIRA, 2014).

### **1.3 Ações de saúde associadas às políticas públicas**

Muitas ações relativas à saúde pública vêm sendo desenvolvidas ao longo do tempo no Brasil, visando um atendimento de qualidade ao usuário. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), existem muitos programas e estratégias governamentais voltadas ao atendimento básico da comunidade, como por exemplo: Academia da Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais, dentre outros. Esses projetos pretendem o cuidado integral à população e estabelecem um vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade. Fato que fomenta o desenvolvimento social e amplia as possibilidades da comunidade no processo saúde-doença (MANOEL, 2012; BRASIL, 2015).

#### **1.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)**

Historicamente, em 1978, foi criada a Declaração de Alma-ata, documento este advindo de documentos oficiais da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-ata, no Cazaquistão. Ficou estabelecido que os Estados deveriam ter participação efetiva na saúde de sua população, principalmente, promovendo novas políticas de saúde (VENTURA, 2003).

O Brasil na década de 70 encontrava-se em regime de ditadura militar, e a população de maneira coletiva, protestava por mudanças políticas e democratização do país. Essas exposições se intensificaram na década de 80 por meio de diversas manifestações populares ativas, dentre elas as questões relacionadas à saúde (BRASIL, 1986).

No ano de 1986, finalizada a ditadura militar no Brasil, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual se tornou um grande marco dentro da história da saúde no país. Este evento demonstrou a necessidade de um novo sistema de saúde, com reorientação da política de financiamento. Dessa forma,

estipulou-se a responsabilidade do Estado em assegurar o direito a saúde da população, além de determinar as responsabilidades das esferas federais, estaduais e municipais, garantindo as condições de acesso à saúde de qualidade em todo o país (BRASIL, 1986). Assim, em 1990, o SUS foi promulgado, com base nas leis 8.080 e 8.142, tendo como diretrizes a Universalidade, Equidade e Integralidade de atendimento ao usuário. Na época, sua criação foi considerada o maior movimento de inclusão social brasileiro (BRASIL, 2007).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, norteia as condições para que ocorra a promoção, proteção e recuperação da saúde, deixando de forma clara os objetivos do SUS e as competências e atribuições de cada esfera governamental. Já, a lei nº 8.142 regulamenta os recursos financeiros da área da saúde, os quais devem ocorrer por meio de transferências entre os governos, colocando a comunidade como participante direta da gestão do SUS.

As leis nº 8.080 e nº 8.142 indicam os municípios com executores das ações voltadas para a saúde, responsabilidade essa discutida desde a 8ª Conferência de Saúde (BRASIL, 1990; ARRETCHE, 2002). Contudo, destaca-se a importância da regionalização do atendimento, uma vez que alguns municípios podem não ter condições de promover todas as intervenções pretendidas. Diante disso, as pessoas podem buscar soluções em outros municípios considerados polos (VIANA et al., 2002).

Dentre os princípios apresentados pelo SUS, a integralidade é o maior desafio. Isso, porque se refere às ações de saúde, considerando as pessoas como seres indivisíveis, integrantes de uma comunidade que devem ser tratadas como um todo (VIANA et al., 2002). Neste aspecto, as unidades prestadoras de serviço, foram desmembradas em diversos níveis de atenção: básica ou primária, secundária e terciária, pois configuram um sistema que deve ser capaz de prestar uma assistência integral aos pacientes (BRASIL, 1990).

O SUS apresenta como base os serviços de atenção básica, considerados como primários. Estes têm capacidade para resolver 90% dos

problemas, sendo que a organização e operacionalização fica a cargo da ESF. Das dificuldades restantes, 8% terão solução em nível secundário, ou seja, em serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade, pactuado entre o conjunto de municípios, para a garantia do atendimento à população. Já, um percentual final (2%) necessitará da atenção terciária, caracterizada pelas especialidades como: pediatria, gineco-obstetrícia, traumatologia-ortopedia, clínica médica, cirurgia geral, com serviços de urgência emergência 24 horas e ambulatório de psiquiatria, otorrinolaringologia e oftalmologia (BRASIL, 1990).

### 1.3.2 A atenção básica (AB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é conhecida como um conjunto de ações voltadas à saúde, que deve abranger tanto a proteção como à promoção a saúde. Surgiu no Brasil devido a experiência acumulada entre os diversos sujeitos envolvidos na consolidação do SUS. Dentre eles, citam-se os movimentos sociais, que envolviam usuários, trabalhadores e gestores nas três esferas do governo. A atenção básica atua de acordo com o PNAB, com intuito de realizar a orientação das Redes de Atenção, de modo acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2012).

A atenção básica no Brasil deve ser o contato preferencial dos usuários e o principal acesso ao sistema de saúde. É caracterizada por ações preventivas, as quais devem estar próximas das pessoas e ocorrer de forma descentralizada. Assim, a AB deve ser orientada, principalmente, pelos princípios do SUS: universalidade; acessibilidade; vínculo; continuidade do cuidado; integralidade; responsabilização; humanização; equidade e; participação social, desenvolvendo um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

As ações da AB devem abranger diversas variáveis relacionadas à saúde, destacando-se: a promoção; proteção; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação e; manutenção. As práticas utilizadas para o desenvolvimento da AB devem ser democráticas e participativas, buscando um trabalho em equipe dirigido às populações de territórios delimitados. Neste

aspecto, deve-se assumir a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica em que vive a população local (BRASIL, 2006).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as ferramentas responsáveis para que ocorra o desenvolvimento das atividades relacionadas à AB e, assim, devem ser instaladas próximas às comunidades. Contudo, investir na infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil está enfrentando, sobretudo com os investimentos do Ministério da Saúde. Cabe-se enfatizar que o Brasil é o único país do mundo, com mais de 100 milhões de habitantes, que apresenta um sistema público de saúde, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2012).

### 1.3.3 Programas atuais relacionados à atenção básica

Os programas de saúde no Brasil surgiram para auxiliar e permear as ações na AB, afim de implementar a promoção e a recuperação da saúde da população. Em geral, são norteados e desenvolvidos de acordo com as características e necessidades de cada localidade. Possuem característica democrática e têm o intuito de serem implementados e desenvolvidos em ajuste com as características da comunidade (BRASIL, 2014).

No Brasil, antes da efetivação do SUS em 1990, já existiam alguns modelos de atenção primária, visando superar o modelo médico assistencial privatista. Estas novas perspectivas influenciaram a organização dos serviços de saúde, servindo de referência para a construção da nova prática assistencial chamada de Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2012).

O PSF foi proposto pelo Ministério da Saúde, e tinha como principal ação a reestruturação da atenção primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social (MARTINS et al., 2008). O projeto foi iniciado em 1991, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Em seguida, em 1994, foram formadas as primeiras equipes de PSF, que possibilitaram incorporar e ampliar a atuação dos agentes comunitários. Contudo, nos primeiros anos de existência, o PSF foi marcado por diversas inquietações e críticas dos gestores e usuários (SILVA et al., 2012), que culminaram em novas discussões sobre o tema.

As principais dificuldades enfrentadas pelos PSF são descritas como a falta de capacitação dos profissionais; baixo número de profissionais atuantes; pouco investimento em equipamentos e recursos materiais; organização deficiente do trabalho e; um deficiente planejamento das ações voltadas à promoção da saúde (COLOMÉ; LIMA, 2006).

Oliveira (2006) avaliaram os benefícios, barreiras, modelos e crenças em torno do PSF. A pesquisa foi realizada na cidade de João Pessoa, PB, e contou com a participação de 30 profissionais de PSF e 65 usuários. Os usuários consideravam o atendimento realizado no PSF de qualidade. Porém, avaliaram de forma negativa a quantidade dos serviços prestados, uma vez que existiam poucos profissionais no local. Este fato reduzia o número de consultas, bem como de encaminhamentos, devido à demora. No caso dos profissionais, relatou-se os seguintes pontos negativos relacionados aos PSF: insuficientes condições de trabalho; pouco investimento em capacitações; sobrecarga de trabalho e; falta de compreensão da população sobre o programa. Assim, a eficácia do Programa era bastante minimizada, já que acabava tendo que suprir a deficiência da AB no município.

Conhecendo-se as limitações do PSF, em 2006, permeada pela PNAB, o PSF foi reformulado pela gestão federal, passando a ser chamado de ESF. As alterações não foram apenas na nomenclatura, sendo possível consolidar a proposta por meio de atividades estruturadoras do modelo de atenção primária. Além disso, houve uma redirecionalização das prioridades em saúde, concretizando os princípios organizativos do SUS. Destaca-se que a modificação no nome ocorreu, pois, a ESF transcende as limitações temporais inerentes à definição de um programa de saúde. Assim, a ESF tinha o objetivo de reestruturar todo o sistema público de saúde brasileiro e não apenas de forma temporária (BRASIL, 2006a; ANDRADE et al., 2008).

A equipe da ESF é denominada multiprofissional e deve, obrigatoriamente, ter no mínimo os seguintes profissionais atuantes: um médico, um enfermeiro, um técnico e/ ou auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS) para cada 750 pessoas (BRASIL, 2006a). O padrão de atendimento da ESF é consolidado na família, sendo o eixo principal

de trabalho dos profissionais. Seu foco principal é a qualidade de vida e as relações entre as equipes de saúde e a comunidade. Neste contexto, a ESF se diferencia da PSF, pois nesta última a hegemonia biomédica se mostrou ser incapaz de resolver as demandas reais da sociedade (CAVALCANTI et al., 2010).

As ESF têm a sua atuação priorizada para auxiliar a consolidação e qualificação da PNAB. O trabalho das ESF é preconizado e realizado por meio da territorialização e da delimitação das áreas de abrangência das equipes. O intuito é diagnosticar as necessidades e os problemas de saúde da população, bem como realizar o monitoramento das condições de vida e de saúde da comunidade. Assim, são facilitadas a execução das ações sanitárias, as abordagens e as intervenções com base nos determinantes sociais da saúde. Neste aspecto, o trabalho deve ser desenvolvido de modo integrado, pautado pela interdisciplinaridade, com integração dos níveis de atenção através dos profissionais da equipe (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Vieira e Ferreira (2015), realizaram um estudo na cidade de Ubá, MG, com o objetivo de investigar as condições de trabalho de profissionais de onze ESF e sua influência na operacionalização dos princípios básicos do SUS. Os resultados demonstraram que a falta de equipamentos e recursos comprometem negativamente o atendimento. Além disso, a prática realizada pelos trabalhadores não condiz com um trabalho integrado.

Em outra pesquisa avaliando-se a atuação de treze trabalhadores atuantes em ESF no município de Fortaleza, CE, verificou-se que ações de cuidado eram comuns na prática profissional da equipe. Todavia, o cuidado era influenciado pelo modelo tradicional de assistência à saúde, com enfoque na prática curativa. A sobrecarga de trabalho foi um relato comum e frequente entre os profissionais, que não atuavam de forma integrada e articulada. Diante disso, concluiu-se que as ações de cuidado deveriam ser realizadas de forma conjunta entre os membros da equipe, o que não ocorria normalmente, uma vez que as atividades ficavam centralizadas em saberes específicos de cada área (SILVA et al., 2013).

Apesar da proposta governamental visando a melhoria de atendimento por meio das ESF, constatou-se que o princípio da integralidade, bem como a prática interdisciplinar ocorriam de forma bastante precária. Assim, com intuito de corrigir estes problemas, a esfera federal da gestão em saúde indicou a necessidade de contratação de diferentes profissionais para integrarem as equipes das ESF. Buscando este propósito, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº.154, de 24 de janeiro de 2008 (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Os NASF têm por objetivo ampliar a abrangência e resolutividade da AB, apoiando a ESF na rede de serviços prestados por meio da regionalização. Os NASF são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, atuando em parceria com aqueles das ESF. Neste contexto, os trabalhadores devem compartilhar práticas em saúde, agindo diretamente no apoio às equipes de ESF e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Dessa forma, deve-se buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF (BRASIL, 2008).

Os NASF têm sua atuação dividida em nove áreas estratégicas: a) atividade física e práticas corporais; b) práticas integrativas e complementares; c) reabilitação; d) alimentação e nutrição; e) saúde mental; f) serviço social; g) saúde da criança, do adolescente e do jovem; h) saúde da mulher e; i) assistência farmacêutica. A proposta de trabalho dos NASF também busca superar a lógica do tratamento curativo com visão biomédica, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Estas ações devem ocorrer por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos, que envolvam os usuários, sendo capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), os NASF auxiliam os gestores e profissionais na atuação de uma forma integrada, menos fragmentada. Contudo, deve-se considerar, também, os saberes isolados, isso, porque os NASF apresentam na clínica ampliada o conceito norteador das ações como uma ferramenta, potencializando os saberes.

## **1.4 Regionais de Saúde do Paraná**

### **1.4.1 Regionalização do Estado do Paraná**

A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, bem como os processos de negociação e acordos entre os gestores (BRASIL, 2006).

Em junho de 2001 foi implantado o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Paraná voltado para a saúde, sendo um dos principais instrumentos de planejamento da regionalização para a saúde de um Estado. Assim, o PDR dividiu o Paraná em 52 Microrregiões, sendo elas: Regiões de Saúde (22), Macrorregiões (6) e Polos Estaduais (2). O objetivo da regionalização foi realizar uma articulação, com o intuito de somar esforços para solucionar problemas comuns, aprofundar os conhecimentos e inter-relacionar as distintas formas de gestão (PARANÁ, 2009).

As macrorregiões são assim divididas: a) macrorregião leste (1°, 2° e 6° Regionais de Saúde); b) macrorregião dos campos gerais (3°, 4° e 21° Regionais de Saúde); c) macrorregião centro sul (5° e a 7° Regionais de Saúde); d) macrorregião oeste (8°, 9°, 10° e 20° Regionais de Saúde); e) macrorregião noroeste (11°, 12°, 13°, 14° e 15° Regionais de Saúde) e; f) macrorregião norte (16°, 17°, 18°, 19° e 22° Regionais de Saúde) (PARANÁ, 2009).

A Regional de Saúde é caracterizada à partir dos seguintes critérios: a) possuir o município sede; b) atender urgências e emergências, de acordo com as respectivas complexidades e grau de competência e; c) ofertar, além dos serviços disponíveis nas microrregiões de sua área de abrangência, as seguintes especialidades: Otorrinolaringologia, Cirurgia Vasculuar, Neurologia, Nefrologia, Urologia, Proctologia, Psiquiatria, Dermatologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Geriatria/ Gerontologia, Endocrinologia, Cirurgia Pediátrica. Também, devem oferecer os seguintes procedimentos e exames complementares: Patologia Clínica Especializada, Radiologia Especializada,

Eletroencefalografia, Endoscopia, Mamografia, Terapia Renal Substitutiva, Anátomopatologia, Retossigmoidoscopia, Eco-Doppler (PARANÁ, 2009).

Para servir de auxílio aos municípios, os consórcios administrativos intermunicipais vêm sendo adotados há décadas, tendo sua disposição no artigo 29 da constituição de 1937. Na saúde, o consórcio intermunicipal é uma associação entre municípios pertencentes a mesma Regional de Saúde, os quais realizam atividades conjuntas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população de abrangência. A iniciativa é exclusivamente municipal e auxilia no reforço do exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do SUS (BRASIL, 1997).

No Paraná existem 20 Consórcios Administrativos Intermunicipais de Saúde. Dois deles possuem administração pública e os demais têm administração de caráter privado. Apenas as 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> e 21<sup>o</sup> Regionais de Saúde não possuem consórcios instituídos (PARANÁ, 2009).

#### 1.4.2 O município de Irati - 4<sup>a</sup> Regional de Saúde

A cidade de Irati está localizada na Macrorregião Campos Gerais e contém apenas uma Microrregião. É considerada a cidade sede da 4<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná, sendo composta por nove municípios: Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares. A Regional é composta por 170.310 habitantes, em que 59.339 são provenientes da cidade de Irati, representando 34,84% da população (PARANÁ, 2009; IBGE, 2016).

Irati possui um território de 999,516 km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,726, o qual é classificado como elevado, considerando que este indicador é calculado com dados referentes à saúde, renda e educação. Além disso, a maioria da população (33.705 pessoas) apresenta como faixa etária predominante  $\geq$  25 anos de idade. A renda média estimada *per capita* por domicílio urbano é de R\$ 510,00 e R\$ 412,00 no meio rural (IBGE, 2016).

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Irati apresenta 152 estabelecimentos de saúde, o que demonstra, também, uma ampla cobertura de especialidades. No total, existem 14 equipes de ESF na 4ª Regional de Saúde, sendo que 5 delas estão localizadas na cidade sede (Irati). Esse dado equivale a 35,71% do total de equipes da Regional, visto que é a localidade onde acontece o maior número de atendimentos em saúde na região (DATASUS, 2014).

A cidade de Irati possui 5 ESF sendo que 3 são rurais: 1) Centro Social Rural Guamirim; 2) Centro Social Rural Gonçalves Junior e; 3) Centro Social Rural Vila São João. Os outros 2 são urbanos, localizados na região central da cidade: 1) Posto de Saúde Adhemar Vieira de Araújo e; 2) Unidade de Saúde Rio Bonito (BRASIL, 2015).

#### 1.4.3 O município de Guarapuava - 5ª Regional de Saúde

A cidade de Guarapuava está localizada na Macrorregião Centro Sul do estado do Paraná, e é considerada a cidade sede da 5ª Regional de Saúde. Esta Regional é composta por 20 municípios e três Microrregiões: a) Microrregião Guarapuava: Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Guarapuava, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo, totalizando 308.553 habitantes; b) Microrregião Laranjeiras do Sul: Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond, com um total de 76.355 habitantes e; c) Microrregião Pitanga: Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Laranjal, Palmital e Pitanga perfazendo um total de 69.312 habitantes.

A 5ª Regional de Saúde atende 454.220 pessoas. Especificamente no caso de Guarapuava, a população total do município gira em torno de 169.007 habitantes, representando 37,2% do universo desta Regional (PARANÁ, 2009; IBGE, 2016). Guarapuava possui um território de 3.178,649 km<sup>2</sup> e tem um IDHM de 0,731, caracterizando o município com elevado desenvolvimento humano. A maioria da população apresenta uma faixa etária predominante de  $\geq$  25 anos de idade (94.365). A renda estimada *per capita* média em domicílio urbano é de R\$ 510,00 e R\$ 300,00 no rural (IBGE, 2016).

Os dados relativos aos estabelecimentos de saúde em Guarapuava revelam a existência de 411 instituições cadastradas no CNES, demonstrando uma ampla cobertura de especialidades. Em toda a 5ª Regional de Saúde verifica-se a ocorrência de 78 UBS, sendo que 33 estão situadas no município sede, divididas em 31 ESF (sendo 28 urbanos e 3 rurais) e 2 NASF (urbanos) (BRASIL, 2015).

### **1.5 A pesquisa científica: enfoque qualitativo**

A pesquisa científica é conceituada como um estudo planejado. Por meio da aplicação de um método específico, é possível realizar a abordagem de um problema buscando-se sua solução. Além disso, tem-se a possibilidade de buscar respostas para questões estabelecidas, mediante aplicação de um método baseado em uma teoria, que serve de ponto de partida para sua realização (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Na pesquisa científica, a metodologia é um tópico considerado fundamental, pois é definida como sendo o caminho e o instrumental de abordagem da realidade. Assim, ocupa um lugar central no interior das teorias sociais e está inserida de maneira intrínseca na visão social do mundo veiculada na teoria (MINAYO, 1993).

Dentre os métodos de pesquisa, destaca-se a pesquisa quantitativa e a qualitativa. A pesquisa quantitativa busca descrever a complexidade de determinada hipótese, sua causa e efeito, analisando a interação de suas variáveis. Já, a pesquisa qualitativa envolve as ciências sociais e humanas, com intuito de encontrar os seus fenômenos e interpretar os seus significados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O termo qualitativo implica o conceito das pessoas e os locais que constituem os objetos da pesquisa. Este método parte do pressuposto das investigações dos fenômenos humanos admitidos por meio de observações externas (CHIZZOTTI, 2003). Seu objetivo é estudar as questões que necessitam de respostas no ambiente, sem qualquer tipo de manipulação, gerando, assim, um resultado o qual não pode ser medido ou numerado e sim descrito (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O estudo qualitativo pode ser conduzido por vários caminhos, à medida que os dados são coletados e analisados, respeitando a dinâmica do evento. Destaca-se que um fenômeno pode ser melhor compreendido dentro do contexto em que ocorre e, dessa forma, deve ser analisado numa perspectiva integrada, entre pesquisador e ambiente. Assim, o pesquisador deve ir a campo para buscar o fenômeno do estudo a partir da perspectiva das pessoas envolvidas no sistema de pesquisa (GODOY, 1995).

Na metodologia qualitativa, os resultados são considerados descobertas, o que se deve à construção de teorias. Contudo, apesar da crescente importância dos materiais visuais, a pesquisa qualitativa é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz documentos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretados hermeneuticamente (GÜNTHER, 2006).

Existem algumas facilidades relacionadas à pesquisa qualitativa, dentre elas: maior informalidade, uma vez que os passos são definidos de maneira simples; a amostra de participantes é delimitada de acordo com a qualidade dos dados encontrados; o contato entre pesquisador e entrevistado é bastante intenso, fato que amplia a observação dos resultados. Contudo, essa forma de pesquisa pode apresentar dificuldades tais como: análise e interpretação dos dados, devido seu caráter empírico e fuga do tema nos relatos; delimitação do universo da pesquisa; definição dos critérios para a seleção dos sujeitos e; elaboração dos roteiros de entrevistas (DUARTE, 2002; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Neves (1996) avaliou as dificuldades encontradas por pesquisadores em trabalho de campo, voltados a pesquisa qualitativa. Os resultados demonstraram que existem restrições para a aplicação do método qualitativo por parte dos pesquisadores, acostumados ao uso quase que exclusivo dos métodos quantitativos. E, além disso, constatou-se o baixo índice de estudos científicos relacionados ao tema. Assim, o autor afirma que deve-se considerar as condições específicas de cada estudo e, que a vantagem de se empregar a metodologia qualitativa é a possibilidade de compreender e interpretar

fenômenos a partir de seus significados no seu contexto. A realidade é compreendida por meio da análise e do contato direto com o objeto.

Considera-se que a pesquisa científica é um dos caminhos que levam a busca de conhecimento, utilizando-se teorias estabelecidas e os problemas enfrentados. Dessa forma, a metodologia qualitativa permite encontrar ou propor soluções às situações expostas, ocorrendo a integração do pesquisador ao público e ao meio estudado, obtendo-se assim resultados bastante fidedignos.

## REFERÊNCIAS

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

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. **Dados**, v.45, n.3, p.431-457, 2002.

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

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a Gestão do SUS, 1. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[www.senado.gov.br/legislação/](http://www.senado.gov.br/legislação/)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde**. Brasília: Eletrônica, 1997. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 9 jan. 2016.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 1986. 29p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABPpr.def>. Acesso em: 12 fevereiro fev. 2016.

CAVALCANTI, P.B.; CARVALHO, R.N. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família. **Sociedade em Debate**, v.16, n.2, p. 191-208, 2010.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: Evolução e Desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, v.16, n.2, p.221-236, 2003.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p.548-556, 2006.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES**. 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2016.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n.115, v.5, p.139-154, 2002.

FONTOURA, L.F.; WIETZKE, M.; MOREIRA, I.J.B.; GARCIA, E.L.; KRUG, S.B.F. Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do trabalho em grupo nas ações de educação em saúde. **Revista UNIABEU**, 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.

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

GODOY, A.S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.3, p.20-29, 1995.

GÓMEZ, J.A.C.; PEREIRA, O.P.; CALLEJAS, G.V. **Educação e desenvolvimento comunitário local. Perspectivas pedagógicas e sociais da sustentabilidade**. Porto: Profedições, 2007. 358p.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa *versus* Pesquisa Quantitativa: esta é a questão?. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v.22, n.2, p.201-210, 2006.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.256-265, 2005.

HORTA, N.C.; SENA, R.R.; SILVA, M.E.O.; TAVARES, T.S.; CALDEIRA, I.M. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Atenção Primária à Saúde**, v.12, n.3, p.293-301, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@Paraná**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 jan. 2016.

IRIBARRY, I.N. Aproximações sobre transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p.483-490, 2003.

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

JORGE, M.S.B.; SALES, F.D.A.; PINTO, A.G.A.; SAMPAIO, J.J.C. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**, v.23, n.3, p.221-230, 2010.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.; RABUSKE, M.M; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1463-1472, 2009.

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; FERNANDES, A.F.C.; XIMENES, L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.3, p.461-468, 2010.

MADEIRA, K.H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso**. 2009. 145p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Itajaí, 2009.

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

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

MARTINS, J.S.; GARCIA, J.F.; PASSOS, A.B.B. Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**, v.1, n.1, p.59-69, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1993. 269p.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.92-96, 2010.

NEVES, J.L. Pesquisa Qualitativa – Características, uso e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v.1, n.3, p.1-5, 1996.

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

OLIVEIRA, S.F. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida.** 2006. 176 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Paraíba, 2006.

OLIVEIRA, E.S.; OLIVEIRA, C.R.; OLIVEIRA, R.C.; SOUZA, F.S.; XAVIER, I.S. Política Nacional de Promoção da Saúde e a prática de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.8, n.3, p.735-741, 2014.

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

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho Científico: Método e Técnicas da pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 275p.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

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

SILVA, L.M.S.; FERNANDES, M.C.; MENDES, E.P.; EVANGELISTA, N.C.; TORRES, R.A.M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.2, p.789-794, 2012.

SOUZA, D.R.P.; SOUZA, M.B.B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p.117-123, 2009.

VENTURA, D.F.L. Direito institucional sanitário. **Coletânea de textos**, v.1, n.1, p. 261-299, 2003.

VIANA, A.L.D.; HEIMANN, S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, G.O.; RODRIGUES, S.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. suplemento, p.139-151, 2002.

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 entre Profissionais de Equipes de Estratégia**

**Saúde da Família das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná: Uma**

**Investigação Qualitativa**

**Artigo submetido à periódico científico**

---

**TRABALHO INTERDISCIPLINAR ENTRE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS 4ª E 5ª REGIONAIS DE SAÚDE DO  
PARANÁ: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA**

**INTERDISCIPLINARY WORK BETWEEN PROFESSIONAL FAMILY HEALTH  
STRATEGY TEAM OF 4<sup>th</sup> AND 5<sup>th</sup> OF REGIONAL PARANÁ HEALTH: A  
QUALITATIVE RESEARCH**

**RESUMO**

O objetivo deste trabalho foi analisar de forma qualitativa aspectos relacionados ao trabalho interdisciplinar entre profissionais pertencentes às equipes de ESF das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná. Para a obtenção dos dados foi aplicada a técnica da roda de conversa que teve por objetivo gerar uma reflexão entre os profissionais das ESF acerca da interdisciplinaridade. Participaram da pesquisa 31 funcionários, pertencentes a 5 categorias profissionais, distribuídas em 2 ESF urbanas de Guarapuava, PR e 2 ESF urbanas de Irati, PR. Foram observadas quatro categorias referentes aos núcleos de sentido: a) Conhecimento sobre interdisciplinaridade: os trabalhadores entendem o tema como uma troca de informações, associação ou combinação dos profissionais e trabalho multiprofissional; b) práticas interdisciplinares: os participantes referiram o repasse de informação, a discussão em grupo, a associação dos profissionais, as reuniões de equipe como ações realizadas para promover a interdisciplinaridade. Além disso, também observou-se a não existência de práticas interdisciplinares; c) dificuldades para realizar o trabalho interdisciplinar: foram elencadas a falta de comunicação entre os diferentes níveis de gestão, a estrutura física inadequada nas unidades, a falta de recursos humanos e materiais e a rotatividade de profissionais como dificultadores para a realização de um trabalho interdisciplinar; d) práticas realizadas para o incentivo do trabalho interdisciplinar: foi relatado que o incentivo para estas ações deve ser unicamente por meio dos gestores. Também, os profissionais reconhecem que existem algumas intervenções incentivadoras, porém não souberam explicar quais seriam. Conclui-se que os profissionais apresentam um conhecimento fragmentado sobre interdisciplinaridade e possuem baixo nível de compreensão sobre as práticas interdisciplinares realizadas pelos profissionais das ESF. Também, evidenciou-se que são muitas as dificuldades existentes para a realização de práticas interdisciplinares em ESF e que as equipes acreditam que os gestores públicos superiores são os únicos responsáveis pelo incentivo e fornecimento de novos conhecimentos às equipes.

**Palavras-Chave:** Interdisciplinaridade; Equipes; Saúde.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to analyze, using a qualitative methodology the existence of interdisciplinary work between Health Strategy Teams of family professionals (HST) from 4th and 5th Regional Health Bureau of the State of Paraná. To obtain the data, it was applied the conversation circle technique that aimed to generate a discussion among professionals of the HST about interdisciplinarity. The participants were 31 employees, belonging to five professional categories, distributed in two urban HST from Guarapuava, PR and two urban HST from Irati, PR. Four categories relating to units of meaning were observed: a) knowledge about interdisciplinarity: workers understand the subject as an exchange of information, association or combination of professionals and multidisciplinary work; b) interdisciplinary practices: participants mentioned the transfer of information, group discussion, the professional association, and the team meetings as actions taken to promote interdisciplinarity. Moreover, they observed the absence of interdisciplinary practices; c) difficulties in carrying out interdisciplinary work: the lack of communication between the different levels of management, inadequate physical structure in the health units, the lack of human and material resources and staff turnover as difficulties to carry out interdisciplinary work were listed; d) practices undertaken for the promotion of interdisciplinary work: it was reported that the incentive for these actions should be done only by managers. Furthermore, the professionals admit that there are some booster interventions; nevertheless, they were unable to specify which they are. We conclude that the professionals have a fragmented knowledge of interdisciplinary and have a low level of understanding of the interdisciplinary practices carried out by professionals from the HST. Besides that, it was observed that there are many difficulties for the realization of interdisciplinary practices in HST and that teams believe that only senior public managers are the responsible for encouraging and providing new knowledge to the teams.

**Key words:** Interdisciplinarity; Teams; Health.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no final da década de 80, juntamente com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e com a Lei nº 8.080/1990. Esta nova proposta estava baseada em uma organização do sistema de saúde de acordo com o Movimento de Reforma Sanitária, que tinha o objetivo de uma política pública de inclusão social. Atualmente, esta forma de organização ainda regula todas as ações e serviços de saúde em território nacional (ALENCAR, 2012; SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Dentre os princípios elaborados a fim de regulamentar e operacionalizar as ações do SUS, estão a universalidade, a integralidade e a equidade. Também, foram instituídas algumas diretrizes como a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. Todos estes princípios e diretrizes estão alocado sem uma rede hierarquizada de serviços, que é classificada como: atenção primária, secundária e terciária, a qual possui níveis diferenciados de complexidade de ações e tecnologia agregada. Considerando este aspecto, a atenção primária em saúde é também conhecida como Atenção Básica (AB), tendo sua organização na Atenção Primária à Saúde (APS), onde o usuário tem sua entrada preferencial ao sistema (ALENCAR, 2012).

Considerando-se a saúde como sendo um direito de todos e um dever do estado, a AB em 1997 passou a ser priorizada pelos gestores públicos nas esferas municipal, estadual e federal, assumindo um papel de coordenadora do cuidado integral e ordenadora das redes de atenção em saúde (SOUZA; BOTAZZO, 2013). Este é um território delimitado e exercido dentro das Estratégias Saúde da Família (ESF) (FILHO; SARTI, 2012; SOUZA; BOTAZZO, 2013), a qual possui por objetivos principais proporcionar uma atenção integral à saúde das famílias, identificando e propondo ações para soluções de problemas, bem como incentivar a participação da população de modo comunitário (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Atualmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) vêm sendo substituídas pelas ESF, devido ao seu enfoque curativo, baixo vínculo com a população e pequeno índice de resolução dos problemas enfrentados pela

comunidade (ELIAS et al., 2006). Já, a atuação da ESF possui ideais de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde do usuário. Neste aspecto, na AB devem-se conhecer os equipamentos presentes no território, se aproximando mais aos problemas vivenciados pela população e ordenando melhor o cuidado (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Geralmente, a equipe multidisciplinar atuante no ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), com poucos recursos de materiais e tecnológicos. Estes profissionais devem atuar de forma a cumprir os princípios básicos propostos para o programa. Dessa forma, as ESF se tornam fundamentais na reorganização do SUS, o qual deverá apresentar um atendimento ainda mais eficaz que aquele desenvolvido nas UBS, fato que se deve ao seu caráter preventivo (GOMES et al., 2011).

Os bons resultados obtidos pelas ESF desencadearam um processo de crescente expansão, chegando-se ao número de 36 mil equipes de ESF no Brasil no ano de 2013 (CONASEMS, 2011; RODRIGUES et al., 2014). Dessa forma, houve um avanço nas possibilidades de acesso pelos usuários, o que promoveu uma maior oferta de ações de saúde, juntamente com o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e população (GOMES et al., 2011).

Desde sua implantação, o SUS vem passando por algumas melhorias e estudos, os quais demonstram que a formação do conhecimento é extremamente fragmentada (JAPIASSU, 2006; GOMES et al., 2011). Geralmente, este efeito é resultado do isolamento das disciplinas, que faz com que os profissionais tenham uma visão singular e limitada, demonstrando certa insuficiência na plenitude do atendimento à população. Neste contexto, insere-se uma nova abordagem em equipe caracterizada por uma ação interdisciplinar das práticas de saúde (MATOS et al., 2010).

A interdisciplinaridade pode ser caracterizada pela interação de diversas disciplinas que atuam dentro de um mesmo projeto. Porém, não deve ser

confundida como uma simples troca de informação. Também, não deve anular a disciplinaridade, nem sobrepor os saberes, mas desencadear um reconhecimento dos limites e das potencialidades de cada campo de saber. Na saúde, o termo interdisciplinar deve ser interpretado como uma maneira de abordar determinadas situações ou problemas integrando e articulando diferentes saberes e práticas, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional (SOUZA; SOUZA 2009).

O trabalho interdisciplinar na saúde inicia com a implementação de reformas curriculares e vão até o processo de reorganização dos serviços, onde fica evidente ainda o cuidado voltado para o modelo biomédico. Da mesma forma, necessita da construção do conhecimento interdisciplinar para a implementação de mudanças nas práticas de saúde e adequação maior dos serviços do SUS às realidades da comunidade (OLIVEIRA, 2008).

Apesar da importância do trabalho interdisciplinar, Campos e Belisário (2001) e Couto et al. (2013), descrevem algumas dificuldades para a implementação desta forma de trabalho em ESF, tais como: as diferentes formações profissionais, voltadas a especialidade; a falta de comunicação entre os profissionais; as condições precárias de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos (CARNEIRO, 2011). Dessa forma, há a necessidade de avaliações periódicas do trabalho interdisciplinar nas equipes, bem como de intervenções educativas que estimulem esta prática entre os profissionais.

Atualmente, existem muitos métodos para avaliar e promover o trabalho de equipes atuantes em diversas áreas do conhecimento como a hermenêutica-dialética. Propõe-se uma reflexão entre as experiências dos sujeitos, momentos históricos (FERRO et al., 2014) e estudos de casos (MADEIRA, 2009), que podem aprofundar a descrição de determinada realidade. Também, destaca-se o “apoio matricial unido as equipes de referência”. Nesta metodologia, o especialista se integra às equipes, promovendo um espaço para a troca sistemática de conhecimentos entre várias profissões e especialidades, permitindo uma atuação interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Um método bastante utilizado para instigar novos conhecimentos em equipes são as metodologias ativas, as quais se baseiam em experiências reais ou simuladas para desenvolver o processo do aprender. Nesta metodologia, a problematização é utilizada como estratégia para promover o ensino/ aprendizagem, tendo como objetivo relacionar o problema apresentado, com as vivências das equipes e suas novas descobertas (MITRE et al., 2008).

Especificamente, a técnica do "processo do incidente" é utilizada para alertar os participantes da necessidade de se obter maior conhecimento sobre um tema particular e, assim, fatos não presenciados possam ser analisados através do debate de experiências expostas para o grupo (GIL, 1990). Neste contexto, este método pode ser utilizado com eficiência em equipes de saúde como foi demonstrado por Silva et al. (2012), que aplicaram metodologias ativas entre equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os autores verificaram que os participantes identificaram sua função dentro das equipes de saúde e ressaltaram a importância do trabalho interdisciplinar.

O objetivo da presente pesquisa foi analisar de forma qualitativa aspectos relacionados ao trabalho interdisciplinar entre profissionais pertencentes às equipes de ESF das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Utilizou-se a metodologia hermenêutica dialética, uma vez que permite a compreensão da fala e da entrevista. Além disso, é possível revelar a realidade vivenciada pelos pesquisados, resultando na análise do processo social experienciado pelos pesquisados, fato que gera o processo de conhecimento (MINAYO, 2006).

A pesquisa foi realizada nos municípios de Irati e Guarapuava, localizados no estado do Paraná, sedes da 4ª e 5ª Regionais de Saúde, respectivamente, durante os meses de janeiro de 2015 e março de 2016.

Participaram da pesquisa 31 funcionários, pertencentes a 5 categorias profissionais, distribuídos em 2 ESF urbanas de Guarapuava, PR e 2 ESF urbanas de Irati, PR. Estas unidades foram escolhidas devido à proximidade das características de suas populações. Além disso, acredita-se que estas unidades agregaram maior conteúdo ao estudo, uma vez que possuem a equipe mínima atuante recomendada e regulamentadas de acordo com os critérios de implantação de ESF (BRASIL, 2006).

Em Guarapuava foram avaliados 19 profissionais (61%): 2 (11%) enfermeiros, 14 (73%) agentes comunitários, 2 (11%) técnicos de enfermagem e 1 (5%) dentista. Em Irati participaram 12 profissionais (39%): 3 (25%) enfermeiros, 6 (50%) agentes comunitários, 2 (16%) técnicos de enfermagem e 1 (9%) auxiliar de enfermagem.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO, com o parecer n. 455.912/2013 (Anexo 1) e seguiu as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) referentes à pesquisa e ao cuidado com seres humanos. Foram incluídos os profissionais de saúde atuantes nas ESF, que aceitaram participar do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Contudo, foram excluídos aqueles que estavam em período de férias ou licença das unidades.

Inicialmente, os profissionais responsáveis pelos locais foram contatados para esclarecimentos dos objetivos do trabalho, bem como obter o consentimento para realização do estudo no local. Em seguida, realizou-se os agendamentos das datas e horários para a coleta de dados, a qual foi realizada por uma Nutricionista e um Enfermeiro previamente treinados.

Para a obtenção dos dados foi aplicada a técnica da roda de conversa, que tinha o objetivo de gerar uma reflexão entre os profissionais das ESF acerca da interdisciplinaridade. Foram utilizados 30 minutos para realizar a atividade, consistindo em dois momentos: a) dinâmica de reflexão e; b) aplicação de uma entrevista semiestruturada. Também, utilizou-se a observação sistemática dos participantes e da unidade, afim de complementar

os dados coletados com o olhar do pesquisador (MINAYO, 2007). As ações foram gravadas com o auxílio de um gravador (Philips®, Coreia), sendo transcritas na íntegra. Após a utilização dos dados, todo o material de gravação foi destruído para manutenção das questões éticas.

A dinâmica de reflexão envolveu a apresentação de um estudo de caso à equipe, o qual abordou uma ação interdisciplinar real ocorrida em uma UBS de Torres, RS, adaptado de Madeira (2009) (Apêndice 2). Em seguida, os pesquisadores solicitaram que a equipe relatasse de forma verbal um caso similar, em que houve maior envolvimento dos profissionais avaliados. Os participantes se manifestaram de forma voluntária. Nessa atividade foi possível identificar práticas interdisciplinares já realizadas pelos pesquisados.

A entrevista semiestruturada foi baseada em Minayo (2006), considerando-se quatro questões norteadoras: 1) o que é interdisciplinaridade?; 2) quais as práticas interdisciplinares são realizadas pela equipe?; 3) quais as dificuldades que a equipe enfrenta para realização do trabalho interdisciplinar? e; 4) quais as práticas a equipe realiza para incentivar a realização do trabalho interdisciplinar? As perguntas foram lidas individualmente pelos pesquisadores a todo o grupo, sendo que um novo questionamento só foi realizado quando findaram as respostas dos pesquisados de forma voluntária.

Os dados foram analisados por meio da aproximação com a hermenêutica-dialética, a qual é conhecida como um caminho do pensamento (MINAYO, 2006). Assim, compreendeu a transcrição das entrevistas, com posterior leitura e delimitação dos núcleos dos sentidos, ou seja, a classificação e agrupamento das respostas obtidas por suas semelhanças. Na sequência, realizou-se uma análise descritiva e interpretativa, de acordo com a literatura científica atual relacionada ao tema.

Para a apresentação dos resultados, os participantes foram codificados, afim de manter seu anonimato. Cada profissional foi designado pela letra “P”, seguido por um número inserido inicialmente no respectivo questionário. No final do código foi utilizada as letras “G” para especificar os sujeitos de

Guarapuava e “I” para os residentes em Irati. Os números 1 ou 2 foram acrescentados ao código para assinalar a unidade de saúde avaliada.

## RESULTADOS

Após a aplicação da roda de conversa para os profissionais das ESF, surgiram quatro categorias nos núcleos de sentido: a) Conhecimento sobre interdisciplinaridade; b) práticas interdisciplinares; c) dificuldades para realizar o trabalho interdisciplinar e; d) práticas realizadas para diminuir as dificuldades.

### Conhecimento sobre interdisciplinaridade

Essa categoria de análise reflete o entendimento dos profissionais em relação ao trabalho interdisciplinar. Destaca-se que conhecer o conceito do trabalho interdisciplinar, sua aplicação e sua base teórica, promove a proximidade entre os sujeitos e, assim, a implementação dessa metodologia de trabalho, aumentando a qualidade do atendimento prestado. Uma compreensão comum aos profissionais sobre o tema “interdisciplinaridade” é considerada a troca de informações:

*[...] é a troca de informação entre os profissionais e o paciente [...] (P5-1I) e;  
[...] comunicação [...] (P1-2G).*

Outra questão apontada pelo grupo é que o trabalho interdisciplinar ocorre quando há união da equipe, ou seja, a associação ou combinação dos profissionais a fim de gerar uma ligação entre eles:

*[...] eu acho que é todo mundo trabalhando junto [...] (P2-1I);  
[...] conjunto de trabalho em equipe [...] (P4-1I);  
[...] são vários profissionais dentro de uma mesma unidade com funções diferentes para trabalhar nesse caso com o mesmo foco ou de forma geral dentro de uma mesma comunidade [...] (P1-2I);  
[...] compartilhar o problema todo mundo junto [...] (P1-1G);  
[...] trabalhar todo mundo junto [...] (P2-1G);  
[...] união né? [...] (P4-1G) e;  
[...] equipe de saúde que está dentro do posto, ou da unidade [...] (P2-2G).*

Diferente do que foi citado anteriormente, o grupo considerou a interdisciplinaridade com sendo um trabalho multiprofissional. Isso é, uma tarefa a ser desempenhada por várias pessoas, oriundas de profissões diferentes, porém sem um fim definido:

*[...] então, acho que acaba sendo uma equipe multiprofissional dentro da unidade como fora, para tentar solucionar da melhor forma possível o cuidado [...]* (P2-2G).

Por fim, nesta categoria constatou-se alguma dificuldade para definição do assunto. Este efeito ocorre devido a elevada complexidade do tema interdisciplinar e, além disso, ao clássico modo de trabalho biomédico, em que as decisões são centralizadas principalmente no profissional da classe médica. As falas a seguir demonstram que o termo interdisciplinaridade ainda é pouco conhecido:

*[...] difícil né? [...]* (P1-1I);

*[...] saber que não partilha dos saberes [...]* (P3-1G) e;

*[...] vocês nunca sabem que sabe mais que o outro [...]* (P3-2G).

### **Práticas interdisciplinares**

A ação interdisciplinar deve ser implementada por meio de ações sistemáticas, que compreendem a discussão acerca do paciente, com um plano de ação determinado para obtenção de um resultado pré-definido. Ficou evidente nos questionamentos que não existe um modelo de prática para promover o trabalho interdisciplinar entre a equipe.

Os profissionais pesquisados relataram apenas algumas ações isoladas e desordenadas, que acabam, inclusive, por dificultar o trabalho interdisciplinar. Segundo o entendimento do grupo, o repasse de informações se caracteriza como sendo uma ação interdisciplinar, porém o simples ato de repassar uma informação, não garante que a mesma será tratada de maneira correta:

*[...] chega e fala alguma coisa, aí eu repasso pra enfermeira e ela repassa pra frente [...]* (P3-1I);

*[...] alguma coisa que “seje” importante a gente passa [...]* (referindo-se em repassar informações para outros profissionais) (P4-1I);

*[...] passamos os problemas para os técnicos e eles para o enfermeiro (P5-1I) e;*

*[...] é somente em casos extremos mesmo né que acontece de ir (com referência ao encaminhamento da informação à outros profissionais), mais a gente sempre está comentando isso .... os casos mais graves [...] (P2-2G).*

Outro entendimento sobre ação interdisciplinar citada pelos participantes é a discussão em grupo, a qual é uma das práticas realizadas para se chegar ao trabalho interdisciplinar. Essa prática deve ocorrer para que seja possível estabelecer um plano de ação com um objetivo específico para o atendimento do paciente nas ESF:

*[...] nós conversamos para ver como vamos resolver o problema [...] (P2-1I);*

*[...] quando há necessidade da equipe trabalhar para o bem daquela família aí a gente trabalha numa forma conjunta, mas há situações que eu não vou nem ficar sabendo [...] (P1-2I) e;*

*[...] dependendo das situações e dos casos, a gente conversa e troca informações que são importantes com a equipe [...] (P3-2G).*

A simples associação dos profissionais por meio de um grupo de trabalho, com o intuito de atender o usuário, não pode ser considerada uma ação para a prática interdisciplinar. Dessa forma, apenas a união de sujeitos não se caracteriza como interdisciplinaridade, ao contrário é necessário que o trabalho ocorra em conjunto e em prol de um mesmo objetivo. Neste aspecto, os profissionais avaliados relataram haver alguma forma de trabalho conjunto entre eles, visando atender ao paciente:

*[...] a união é muito importante, tipo se a gente for tentar fazer sozinho não consegue [...] (P1-1G).*

A reunião entre diversos profissionais afim de tratar ou discutir um assunto específico, se mostra eficiente para o desenvolvimento da interdisciplinaridade, isso quando realizada de forma periódica. Os trabalhadores das ESF citaram que realizam reuniões de equipe como prática de trabalho interdisciplinar, contudo verifica-se que são fragmentadas, não caracterizando exatamente uma atuação interdisciplinar:

*[...] reunião de equipe, no caso todos os profissionais da unidade de saúde [...] (P1-1I);*

*[...] até tem uma reunião pra isso, mas se fosse para todos os profissionais participar teria que ter o médico e todo mundo junto, mais isso não existe né? [...]* (P6-1I);

*[...] aqui tem uma reunião, mas não que seja específica com todos os profissionais por causa dos médicos [...]* (P7-1I) e;

*[...] tem reuniões, a gente tem discutido nas reuniões [...]* (P1-2G);

Verificou-se que as práticas realizadas nas unidades, são voltadas a resolução dos problemas emergidos no contexto dos atendimentos, ficando a cargo de quem recebe, dar o encaminhamento à uma possível solução, geralmente de modo fragmentado e disciplinar, optando pelo atendimento médico como prioridade. Neste aspecto, os participantes afirmam não haver práticas interdisciplinares desenvolvidas na unidade:

*[...] a gente não conversa, porque é sigiloso, só ele (referindo-se ao médico) e o paciente sabem [...]* (P2-2I) e;

*[...] não a gente nem sempre passa pra frente (P3-2I).*

### **Dificuldades para realizar o trabalho interdisciplinar**

As ESF são pautadas em um modelo ampliado de promoção à saúde. Porém, para que isso ocorra de forma positiva deve-se ter uma estrutura física, material e de pessoal adequados ao ambiente e à população atendidas. Além disso, também é necessário um entendimento por parte de todos os profissionais a respeito do modelo de atenção preconizado para essas unidades, a qual se destina à prevenção de doenças. Entretanto, esta realidade é observada em raros casos, isso porque a maioria das unidades de saúde no Brasil possuem infraestruturas deficitárias e atenção à saúde pautadas, ainda, no modelo biomédico. Além desses fatores, muitas são as adversidades encontradas para a realização de um trabalho interdisciplinar nas ESF. Nesse aspecto, a formação curricular voltada apenas para a especificidade das disciplinas e a falta de capacitação, são alguns elementos que dificultam a implementação dessa metodologia entre os profissionais.

Em uma ESF a gestão é realizada prioritariamente pelo profissional enfermeiro o qual deve conduzir a unidade de acordo com as normas

estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Contudo, percebe-se a falta de comunicação e diálogo entre os representantes da SMS e o enfermeiro. Essas variáveis diminuem a eficiência da equipe da ESF na resolução dos problemas apresentados pelos usuários. Nesse contexto, a falta de comunicação entre os diferentes níveis de gestão é citada como justificativa pela não realização do trabalho interdisciplinar na presente pesquisa:

*[...] o interdisciplinar é a comunicação (referente aos níveis de atenção e gestão) né? e isso não tem [...] (P1-1I);*

*[...] falta melhorar, ter mais conversa entre a equipe (equipe de saúde do município) [...] (P1-1G);*

*[...] a gente passa pra enfermeira, que passa para o médico, mais daqui pra frente o muro de Berlin é tão grande que não foi derrubado, que não vai pra frente muitas vezes, você esbarra num digamos, exemplo mais simples, um exame que o médico não pode pedir, que tem que ser o especialista, nunca a gente consegue [...] (P1-2G);*

*[...] essa falta de comprometimento (da gestão com os trabalhadores) é o que barra um pouco isso [...] (P9-2G) e;*

*[...] você se sente desmotivado e com a falta de compromisso (com referência aos gestores), é nesse sentido sabe? [...] (P10-2G).*

Os relatos demonstraram certa desmotivação devido a precariedade no trabalho. Isso se deve, principalmente, à algumas limitações verificadas nas unidades de saúde como estrutura física inapropriada, baixo investimento em materiais e recursos humanos, bem como a constante troca de trabalhadores nas unidades de saúde. Especialmente a restrição de funcionários ocasiona um acúmulo de serviço e redução na qualidade do atendimento. Essas variáveis influenciam diretamente para a não ocorrência do trabalho interdisciplinar detectado na equipe:

*[...] no posto tem aquilo, cada um faz a sua parte, mas daí ficam mudando a gente de lugar, daí não tem como né? [...] (P2-1I);*

*[...] falta profissionais, materiais, na verdade falta tempo (para reuniões) pela falta de profissionais [...] (P3-1I);*

*[...] falta tempo, na verdade não tem profissionais, daí falta tempo [...] (P2-1G);*

*[...] aumentou a demanda né, eles vêm pra nós, então sobrecarrega (de trabalho) com a falta de gente [...] (P3-1G);*

*[...] na verdade já era pra ter começado a ter reunião, mas como o médico não vai atender fica difícil [...] (P4-1G);*

*[...] você faz pedido de materiais e eles não vem, falta material, falta medicação, não tem como [...] (P5-1I);*

*[...] na verdade houve uma diminuição da oferta de materiais [...] (P1-2I);*

*[...] falta material, nossa máquina de esterilizar está estragada, não tem peça, falta material, não tem como fazer as coisas [...] (P1-2G);*

*[...] a gente tenta fazer as coisas, a enfermeira até foi comigo fazer o curativo mais não tinha material [...] (P2-2G);*

*[...] a gente até tentar fazer, mas esses dias não tinha material pra fazer curativo, não tinha nem gaze [...] (P3-2G) e;*

*[...] a maioria das pessoas já estão cansadas (com a precariedade das unidades), envolve tudo né? [...] (P2-2G).*

## **Práticas para o incentivo do trabalho interdisciplinar**

Para que ações interdisciplinares sejam realizadas nas ESF pelos profissionais é necessário que haja incentivo por parte dos gestores, como também por parte dos seus coordenadores e responsáveis pelas unidades de saúde.

As práticas voltadas ao trabalho interdisciplinar devem ocorrer de modo a implementar a teoria, por meio de técnicas variadas de aprendizagem. A gestão municipal tem o dever de capacitar e orientar a equipe de saúde a qual gere. Porém, é possível que as equipes dentro das unidades, busquem o aperfeiçoamento profissional e o desenvolvimento de novas técnicas de trabalho. Nesta pesquisa, verifica-se que os profissionais das ESF entendem, em geral, que a obrigação de incentivar e fornecer novos conhecimentos à equipe deve ser realizado unicamente pelas gestões públicas superiores:

*[...] tem bastante coisa que não depende da gente, depende deles lá de cima né? [...] (P3-1I);*

*[...] o pessoal reclama e tenta ajeitar, mas depende deles lá da secretária, a solução tem que vim de lá sabe, deles, que mandam, aqui a gente fica exposto a reclamação do povo sabe [...] (P1-2I);*

*[...] a gente depende da secretaria pra poder fazer um bom serviço, um bom trabalho [...] (P2-1G);*

*[...] liga né, uma rede né, um depende do outro, às vezes a gente vê que não depende de nós, depende deles lá, da chefia [...] (P3-1G) e;*

*[...] acho que não depende da gente, muitas coisas estão fora do alcance, tudo precisa de autorização deles, até a nossa estrutura é ruim [...]* (P6-2G).

O grupo também compreende que existem algumas práticas para o incentivo do trabalho interdisciplinar, contudo não sabem explicar quais seriam:

*[...] sim, há várias possibilidades né? [...]* (P4-1G).

## **DISCUSSÃO**

Na presente pesquisa verificou-se que os profissionais entendem o conceito de interdisciplinaridade como uma simples troca de informações, união da equipe e como um trabalho multiprofissional. Isso demonstra que ainda existe uma grande dificuldade de compreensão sobre o real conceito do tema (LOCH-NECKEL et al., 2009). Resultados similares foram constatados por Souza e Souza (2009), avaliando profissionais de uma unidade de saúde de um município no interior de São Paulo, SP em relação às suas concepções sobre interdisciplinaridade e limites para sua execução. Verificou-se que os profissionais enfrentam problemas em conceituar a interdisciplinaridade e, ainda, necessitam de uma aproximação teórica conceitual para melhorar o entendimento sobre o trabalho interdisciplinar.

Segundo Scherer et al. (2013), os entendimentos sobre interdisciplinaridade destacados pelos profissionais avaliados são comuns entre profissionais de saúde, fato que ocorre devido à complexidade exigida pelo trabalho interdisciplinar, o qual deve integrar teoria e ação. Apesar disso, estas compreensões não podem ser consideradas como ideais. Isso, porque a interdisciplinaridade deve ser entendida de uma forma mais ampliada, em que o trabalho deve ocorrer para proporcionar ao paciente um cuidado de qualidade. Assim, deve ser exercido em conjunto entre vários profissionais de saúde, num mesmo espaço, afim de propor uma solução para o problema existente (JAPIASSU, 2006).

Conforme explicam Japiassu (2006) e Madeira (2009), para que a perspectiva interdisciplinar no campo da saúde seja compreendida é

necessário que a equipe entenda a complexidade do processo saúde-doença e a necessidade da interação e diálogo entre os profissionais em prol dos pacientes.

A troca de informações dada de maneira isolada não pode ser caracterizada como um trabalho interdisciplinar, o qual necessita da integração entre as disciplinas para que ocorra de forma adequada (SCHERER et al., 2013). No mesmo sentido, a simples união da equipe sem um propósito definido não se caracteriza, necessariamente, como uma atuação interdisciplinar. Isso, porque os profissionais devem possuir o mesmo objetivo final em suas reuniões, o qual deve ser de proporcionar um atendimento global e de qualidade ao paciente (JAPIASSU, 2006).

No caso de uma equipe multiprofissional, para que sua atuação seja interdisciplinar, as ações devem envolver todos os seus membros, visando atingir um objetivo comum. Porém, o que se constata em geral são formas de trabalho com ações de caráter emergencial, centradas apenas em um único profissional, o que descaracteriza as ações interdisciplinares (SOUZA; SOUZA, 2009).

Ações isoladas e desordenadas como o repasse de informações, discussões em grupo, reuniões/ associação entre os profissionais foram citadas pelos participantes como práticas interdisciplinares. Esses resultados evidenciam a falta de compreensão sobre o tema. Isso, porque o trabalho interdisciplinar é caracterizado como uma atuação integrada entre profissionais, com um objetivo em comum e específico a ser alcançado (JAPIASSU, 2006). Resultados similares foram descritos por Schneider et al. (2009), que avaliou as percepções sobre interdisciplinaridade entre profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Porto Alegre, RS.

Ressalta-se que as ações citadas pelos profissionais como reuniões em equipe e repasse de informações são fundamentais para que se obtenha um trabalho interdisciplinar completo e abrangente. Nesse aspecto, deve-se considerar que a interdisciplinaridade é uma metodologia de atendimento ao paciente que requer diálogo entre os profissionais e compartilhamento de

saberes, informações e experiências. Estas devem ocorrer por meio de discussões e diálogos, considerando a existência de um ambiente propício para a comunicação e compartilhamento de saberes, possibilitando assim a integração da equipe e atuação conjunta (STAUDT, 2008; LINS et al., 2015).

Segundo David e Torres (2013), para que ocorram práticas interdisciplinares de forma efetiva é necessário desenvolver um trabalho em conjunto, no qual o objeto e os métodos de estudo sejam estabelecidos pela equipe. Um exemplo dessa forma de atuação foi demonstrado por Hennington (2005), que promoveu a implantação de um grupo de acolhimento interdisciplinar entre profissionais de uma Clínica Escola de São Leopoldo, RS. Os resultados demonstraram uma maior integração entre os trabalhadores, novos estímulos para a troca de saberes, melhorias no atendimento aos usuários e uma compreensão mais adequada a respeito do conceito de interdisciplinaridade.

Nesta pesquisa verificou-se que os profissionais consideram o simples repasse de informações e encaminhamento dos pacientes para atendimentos com especialistas de outras áreas da saúde como práticas interdisciplinares. Efeitos que corroboram com Costa (2007), que buscou identificar a concepção sobre interdisciplinaridade e o impacto de sua prática entre profissionais de saúde de dois Centros de Saúde de Contagem, MG. Apesar disso, o simples repasse de informações e encaminhamento dos pacientes não podem ser consideradas como práticas interdisciplinares. Conforme explicam Scherer et al. (2013), para que ocorra uma intervenção ligada à interdisciplinaridade é necessário que o conhecimento sobre o paciente e as ações desempenhadas pelos profissionais estejam diretamente associadas, buscando-se a integralidade da atenção na saúde pública.

Reuniões e discussões entre os membros da equipe, a fim avaliar os problemas apresentados pelos usuários, devem ocorrer de forma sistemática e periódica para que sejam efetivas como prática interdisciplinar. Essas práticas foram constatadas na presente pesquisa, sendo citadas pelos profissionais, porém são realizadas de formas isoladas e desordenadas. Segundo Madeira (2009), essas formas de atuação são importantes ferramentas para o

desenvolvimento e promoção da interdisciplinaridade, tornando os resultados mais efetivos. Apesar disso, somente a realização de reuniões e discussões de forma isolada não caracterizam uma prática interdisciplinar. Isso, porque para serem consideradas como atividades interdisciplinares devem ser executadas de maneira sistemática. Além disso, é necessário apresentar um plano estabelecido de discussões, tendo como intuito a discussão de casos dos pacientes atendidos pela equipe de saúde (JORGE et al., 2010).

A associação entre profissionais foi citada pelo grupo também como uma atuação interdisciplinar, efeito que não caracteriza o termo de forma adequada. Scherer et al. (2013) explicam que a prática interdisciplinar requer, obrigatoriamente, uma integração entre os profissionais para se atingir um objetivo específico como, por exemplo, a melhoria da saúde do paciente ou na qualidade do atendimento prestado à comunidade. Resultados semelhantes à presente pesquisa foram observados por Borges et al. (2012), que analisaram a integralidade da atenção à saúde em Serviços de Assistência Especializada em HIV/ Aids na cidade de Recife, PE. Os autores constataram uma fragmentação das ações, sendo que a prática diária é pautada na agregação de profissionais, além de haver dificuldades de comunicação entre os membros da equipe, fatores que descaracterizam o trabalho interdisciplinar.

Apesar dos profissionais demonstrarem algum entendimento sobre práticas isoladas relacionadas à interdisciplinaridade, constatou-se em alguns momentos uma contradição de conhecimento, já que referiram não existir práticas interdisciplinares nas unidades de saúde. Cutolo e Madeira (2010) também relataram que a atuação interdisciplinar é praticamente inexistente em ESF da região Sul do Brasil. Além disso, concluíram que o trabalho em equipe é um grande desafio para os profissionais de saúde, visto que sua formação é hegemonicamente biologicista.

São várias as adversidades encontradas para a realização de um trabalho interdisciplinar nas ESF, conforme relatam Cavalcanti e Carvalho (2010). Um aspecto que pode ser citado como dificultador desse tipo de intervenção é a forma como são conduzidas as ações na área da saúde. Nesse caso, as decisões são, geralmente, voltadas aos atos médicos (LOCH-

NECKEL et al., 2009; SCHERER et al., 2013), à prática fragmentada e fundamentadas no modelo biomédico (MADEIRA, 2009).

Na presente pesquisa, os profissionais reconhecem que para a realização de ações interdisciplinares é necessário que haja um diálogo efetivo entre eles. Porém, relataram existir pouca comunicação entre os diferentes níveis de gestão, corroborando com Loch-Neckel et al. (2009), que avaliaram as dificuldades existentes em uma ESF de um município na região Sul do Brasil para a ocorrência de ações interdisciplinares. Os autores destacaram que os profissionais procuram realizar uma ação conjunta por meio do diálogo. Contudo, a interdisciplinaridade não ocorre na prática, tanto entre os profissionais da ESF quanto pelos gestores, que não são informados das necessidades das ESF.

A falta de uma estrutura física apropriada, o baixo investimento em materiais e recursos humanos bem como a constante substituição de trabalhadores nas unidades de saúde foram alguns dos fatores citados pelos profissionais pesquisados. Observações similares foram destacadas por Colomé e Lima (2006), que estudaram as dificuldades encontradas para a realização de um trabalho integrado em equipe entre enfermeiras responsáveis por algumas ESF de Porto Alegre, RS. Campos e Belisário (2001) e Couto et al. (2013) também reforçam algumas das principais dificuldades para a implementação de intervenções interdisciplinares em ESF, tais como as condições precárias de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos.

Itens como a formação curricular e a falta de capacitação dos profissionais não foram citados pelos participantes desta pesquisa, porém são tópicos abordados na literatura como sendo fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar. Scherer et al. (2013) relatam que fatores como a hiperespecialização, característica básica da formação curricular contemporânea, dificulta a união de saberes e uma atuação interdisciplinar. Essa significância foi demonstrada também por Oliveira et al. (2011), que avaliaram a percepção de acadêmicos de Enfermagem de Vitória, ES, sobre a interdisciplinaridade. Verificou-se que os alunos conheciam o conceito do tema, mas não dominavam sua aplicabilidade. Além disso, os

autores demonstraram existir a necessidade de discussões nos ambientes de formação, que busquem a solução para efetivação e aplicação desse método de trabalho.

Muitas das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de ESF para uma atuação interdisciplinar, podem ser superadas por meio, especialmente, de treinamentos e educação em saúde (HENNINGTON, 2005). Considerando esse contexto, Rodrigues et al. (2010) promoveram uma intervenção educativa permanente em saúde para uma equipe atuante em uma UBS de Belo Horizonte, MG. A ação pretendeu capacitar os trabalhadores para que pudessem realizar a atenção integral e humanizada aos indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos no local. Para isso, foram utilizadas oficinas relacionadas ao processo de trabalho e a diabetes. Os resultados foram favoráveis, pois verificou-se que o processo de educação permanente, além de qualificar os profissionais, contribui para uniformizar o atendimento ao usuário de forma a promover a integração e a interdisciplinaridade entre a equipe.

Destaca-se que, em geral, os profissionais atuantes na área da saúde julgam importante o processo de educação continuada, visando melhorar a qualidade da atenção prestada ao paciente, bem como desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Esse efeito foi confirmado por Silva e Seiffert (2009), que analisaram um programa de educação continuada já existente em um Hospital de Apoio ao Ensino, em São Paulo, SP, a partir da visão dos enfermeiros.

No último núcleo de sentido destacado no presente trabalho, verifica-se que os profissionais reconhecem que enfrentam dificuldades para realização do trabalho interdisciplinar. Assim, destacam que os gestores seriam os responsáveis exclusivos por incentivar e propiciar a busca por novos conhecimentos aos profissionais das ESF. Este efeito também foi observado por Bispo (2013), que avaliou o conhecimento e as práticas interdisciplinares realizadas em quatro ESF de Maceió, AL. Foi verificado um baixo conhecimento acerca da interdisciplinaridade por parte dos profissionais, os quais sugeriram uma capacitação que deveria ser organizada pela Secretária Municipal de Saúde.

O reconhecimento e a importância do trabalho interdisciplinar são importantes fatores a serem reconhecidos por trabalhadores do SUS, visando melhorar a assistência prestada aos usuários. Contudo, os profissionais necessitam de uma capacitação contínua sobre o tema com intuito de se tornar uma prática frequente (LOCH-NECKEL et al., 2009; RODRIGUES et al., 2010). Nesse aspecto, é necessário que existam parcerias entre Instituições de Ensino Superior, Secretaria Municipal de Saúde e ESF (BISPO, 2013), as quais deveriam ser organizadas pelos gestores das instituições de saúde (SILVA et al., 2012). Apesar desse entendimento, cabe ressaltar que a busca por conhecimento não deve partir apenas de treinamentos a serem coordenados pelos gestores. Isso, porque cabe também aos profissionais de saúde buscarem aperfeiçoamentos e formas de articulação entre as diferentes áreas do conhecimento. Esse fato poderá colaborar na orientação de novas práticas interdisciplinares (SILVA; SEIFFERT, 2009), além de proporcionar um atendimento mais completo ao usuário.

O grupo pesquisado neste trabalho destacou em alguns momentos que existiam ações visando incentivar o trabalho interdisciplinar entre a equipe, entretanto não souberam apontar quais seriam. Estes resultados podem ser explicados, pois ainda existe muita confusão na compreensão dos termos multi e interdisciplinar pelos profissionais da saúde, o que desencadeia uma baixa implementação das ações em equipe. Além disso, a dificuldade em apontar intervenções interdisciplinares pode ser fundamentada na atuação profissional que, ainda hoje, está bastante voltada ao modelo biomédico hegemônico. Todos esses fatores podem reduzir a capacidade de idealizar possibilidades de integração e ações interdisciplinares conjuntas (STAUDT, 2008; MADEIRA, 2009; CAVALCANTI; CARVALHO, 2010).

## **CONCLUSÃO**

Os profissionais de saúde, que atuam nas ESF das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná apresentam um conhecimento fragmentado sobre interdisciplinaridade, considerando-a como a troca de informações, união da

equipe e trabalho multiprofissional. Além disso, em alguns momentos verifica-se uma falta total de compreensão sobre o tema.

Existe uma baixa compreensão sobre as práticas interdisciplinares realizadas pelos profissionais das ESF, sendo que algumas ações isoladas e desordenadas como o repasse de informações, discussão em grupo, trabalho em conjunto e reuniões de equipe são os principais entendimentos. Contudo, a equipe também entende que muitas vezes não existem ações interdisciplinares.

São muitas as dificuldades existentes para a realização de práticas interdisciplinares em ESF, dentre elas estão a falta de comunicação entre os diferentes níveis de gestão, estrutura física inapropriada, baixo investimento em materiais e recursos humanos, bem como a constante troca de trabalhadores nas unidades de saúde. Esses fatores são os principais causadores de desmotivação entre os profissionais atuantes nas equipes.

As equipes acreditam que intervenções que visem incentivar o trabalho interdisciplinar nas unidades de saúde são relevantes para melhorar a compreensão e implementação da interdisciplinaridade nos atendimentos. Apesar disso, os profissionais acreditam que os gestores públicos superiores são os únicos responsáveis pelo incentivo e fornecimento de novos conhecimentos à equipe.

No decorrer da pesquisa foram observadas algumas limitações, dentre elas: a) falta de tempo das equipes para agendamento de reuniões e; b) resistência e/ou desinteresse de alguns dos profissionais das ESF para participar das atividades propostas, principalmente da classe médica e; c) longa distância entre os municípios das 4ª e 5ª Regionais de Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos 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

ALENCAR, H.H.R. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.1, p.223-233, 2012.

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

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.147-156, 2012.

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

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A.O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.9, p.133-142, 2001.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CARNEIRO, T.S. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB**. 2011. 103p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2011.

CAVALCANTI, P.B.; CARVALHO, R.N. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família. **Sociedade em Debate**, v.16, n.2, p.191-208, 2010.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.27, n.4, p.548-556, 2006.

CONSELHO NACIONAL DAS SECRETÁRIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Conselho nacional das secretárias municipais de saúde. **A Atenção Básica que queremos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 75p.

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

COUTO, L.L.M.; SCHIMITH, P.B.; DALBELLO-ARAUJO, M. Ação no SUS: a interdisciplinaridade Posta à Prova. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p.500-511, 2013.

CUTOLO, L.R.A.; MADEIRA, K.H. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família: uma análise documental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.39, n.3, p.79-84, 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.

ELIAS, P.E.; FERREIRA, C.W.; ALVES, M.C.G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; JÚNIOR, A.E.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.633-641, 2006.

FERRO, L.F.; EMELIN, C.S.; ZIMMERMANN, A.B.; CASTANHORO, R.C.T.; OLIVEIRA, F.R.L. Interdisciplinaridade e intersetorialidade da Estratégia Saúde da família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v.38, n.2, p.129-138, 2014.

FILHO, F.P.P.; SARTI, F.M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2981-1990, 2012.

GIL, A.C. **Metodologia do ensino superior**. São Paulo, SP: Editora Atlas, 1990. 122p.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS; T.C.P. Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p-881-892, 2011.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.256-265, 2005.

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

JORGE, M.S.B.; SALES, F.D.A.; PINTO, A.G.A.; SAMPAIO, J.J.C. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**, v.23, n.3, p.221-230, 2010.

LINS, M.P.R.; BARBOSA, T.M.; MATIA, F. Interdisciplinaridade na vivência dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gepesvida**, v.1, n.2, p.20-38, 2015.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.; RABUSKE, M.M; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1,p.1463-1472, 2009.

MADEIRA, K.H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso**. 2009. 145p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Itajaí, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; SOUZA, G.W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.863-869, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 108p.

MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDIDE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C.A.B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L.M.A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p-2133-2144, 2008.

OLIVEIRA, E.R.A.; FIORIN, B.H.; LOPES, L.J.; GOMES, M.J.; COELHO, S.O.; MORRA, J.S. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.4, p.28-34, 2011.

OLIVEIRA, M.C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.-347-355, 2008.

RODRIGUES, A.C.S.; VIEIRA, G.L.C.; TORRES, H.C. A proposta da educação permanente em saúde da atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.531-537, 2010.

RODRIGUES, L.B.B.; SILVA, P.C.S.; PERUYPE, R.C.; PALHA, P.F.; POPOLIN, M.P.; CRISPIM, J.A.; PINTO, I.C.; MONROE, A.A.; ARCÊNICO, R.A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.343-352, 2014.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

SCHNEIDER, J.F.; SOUZA, J.P.; NASI, C.; CAMATTA, M.W.; MACHINESKI, G.G. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.3, p.397-405, 2009.

SILVA, G.M.; SEIFFERT, O.M.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.3, p.362-366, 2009.

SILVA, L.M.S.; FERNANDES, M.C.; MENDES, E.P.; EVANGELISTA, N.C.; TORRES, R.A.M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.2, p.789-794, 2012.

SOUZA, C.R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.393-413, 2013.

SOUZA, D.R.P.; SOUZA, M.B.B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p.117-123, 2009.

STAUDT, D.T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde**, v.22, n.1, p.75-84, 2008.

**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 dos Mestrandos Altair Justus Neto, 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.

<p>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</p>
---

**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

### Estudo de caso aplicado na dinâmica de reflexão

*A enfermeira ao realizar o exame papanicolau de uma paciente e após proceder às anotações no prontuário, verificou que a auxiliar de enfermagem havia anotado que a paciente teve uma crise hipertensiva, associada ao stress que está passando com o marido. Este estava ingerindo quantidade abusiva de álcool nos últimos tempos, desde a perda do emprego, e em algumas vezes chegou a agredi-la. Nesse momento, a enfermeira associa os hematomas do corpo da paciente às agressões do marido. Contudo, a paciente referiu que havia caído. Tentando obter mais informações, a profissional aborda novamente o assunto, mas percebe que a paciente prefere não falar. A enfermeira respeita sua resistência e procede as orientações rotineiras. No final do atendimento, a enfermeira procura a auxiliar de enfermagem e relata o caso, perguntando como ela descobriu tal situação que está registrada no prontuário. A auxiliar de enfermagem diz ter um bom vínculo com a paciente e que naquele dia desabafou e pediu ajuda. A auxiliar sugere chamar o marido e tentar sensibilizá-lo para o tratamento, visto que ele só é agressivo quando está bêbado. Ao mesmo tempo, relata que irá realizar uma visita domiciliar com a agente comunitária de saúde para verificar a possibilidade de ajudá-la de outra forma. A enfermeira pede para que a auxiliar leve o caso para discussão em equipe, pois entende que a situação é bastante complexa para que se obtenha uma solução isolada.*

Fonte: adaptado de Madeira (2009)

## 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:** Patrícia 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 Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)  
**Bairro:** Vila Carli **CEP:** 85.040-080  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 455.912

interdisciplinaridade;

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

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

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

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

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

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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

Critérios de Inclusão: todos os profissionais que quiserem participar.

Critérios de exclusão: os que não aceitarem participar;

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

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

**Recomendações:**

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

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

Continuação do Parecer: 455.912

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PROJETO APROVADO.

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

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

GUARAPUAVA, 13 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**

**Maria Emilia Marcondes Barbosa  
(Coordenador)**

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