



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA PRÁTICA PROFISSIONAL
NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Danyelle Nóbrega de Farias

**João Pessoa-PB
2015**

DANYELLE NÓBREGA DE FARIAS

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA PRÁTICA PROFISSIONAL
NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

**João Pessoa-PB
2015**

F224i Farias, Danyelle Nóbrega de.
A interdisciplinaridade na prática profissional na estratégia da saúde da família / Danyelle Nóbrega de Farias.- João Pessoa, 2015.
92f.
Orientadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Ulisses Umbelino dos Anjos
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN
1. Saúde pública. 2. Equipe de saúde interdisciplinar.
3. Prática profissional - saúde da família. 4. Relações interprofissionais. 5. Análise qualitativa. 6. Análise multivariada.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

DANYELLE NÓBREGA DE FARIAS

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA PRÁTICA PROFISSIONAL
NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

João Pessoa, 24 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Orientadora (UFPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Membro Interno (UFPB)

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto
Membro Interno (UFPB)

Profa. Dra. Claudia Helena Soares de Moraes Freitas
Membro Externo (UFPB)

*Dedico este trabalho aos meus pais, Tânia e Ednaldo Farias,
por todos os esforços, incentivos e apoio, sem vocês não seria possível concluir, nem se
quer começar o meu trajeto em busca do título de mestre.*

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos são a forma do reconhecimento de quem realiza a segunda parte de uma tarefa: a de estar ao nosso lado durante a sua construção.

À minha avó Orlandina (in memoriam)

Sempre tão presente em minha vida, e que hoje não poderá estar conosco fisicamente para ver a conclusão desta obra, mas onde quer que esteja torce e acredita em mim.

Ao meu Deus,

Pelo dom da vida. Muito obrigada por segurar minhas mãos nos momentos em que o impossível se fez presente.

A Tânia e Ednaldo (meus pais),

Pelo infinito amor, pela educação e caráter que nenhuma escola ou universidade me poderiam conceder melhor.

À minha irmã, Déborah,

Por sempre acreditar no meu potencial, pelo apoio, auxílio e paciência.

A Alysson Lopes,

Por me trazer calma e sorrisos nos momentos de maiores tensões.

Aos meus orientadores, Kátia Suely e Ulisses Umbelino,

Por terem abraçado este trabalho como a um filho, pela disponibilidade e confiança depositada. Por serem exemplos de mestres e pessoas. Meu MUITÍSSIMO Obrigado!

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde,

Por representar um divisor de águas na minha vida profissional e pessoal. Pelo crescimento permitido e alcançado. Em especial aos professores Hemílio Coelho e João Agnaldo, sempre disponíveis nos momentos de dúvidas com relação às Ciências Exatas. Aos professores César Cavalcanti e Eufrásio Lima Neto, por todas as contribuições feitas na minha banca de qualificação e ao secretário Francisco Santos pelas contribuições neste estudo.

Aos amigos conquistados a partir do MDS,

Pelo compartilhamento das alegrias, brincadeiras, estudos e aflições com as temidas provas, em especial para Luciana Moura, pelos sorrisos, medos e aprendizados compartilhados. Tudo ficou mais leve com você; e a Renata Newman, pelos conselhos e apoio prestado.

Aos demais amigos,

Pela escuta, pelo carinho de sempre, pelas valiosas palavras e pela compreensão das minhas muitas ausências.

Aos profissionais voluntários deste estudo,

Que mesmo com alta demanda em seus dias de trabalho, disponibilizaram-se a responder os questionamentos investigativos.

Quando se consegue chegar ao final do trabalho proposto, pode-se sentir o peso das contribuições dadas por pessoas que, ao ajudarem, mesmo em ações simples ou por obrigação, muitas vezes não avaliam o peso de suas atitudes para quem as recebeu. Meus agradecimentos a todos que, direta ou indiretamente, cooperaram para realização desta pesquisa ou que torceram pela concretização deste momento.

RESUMO

A complexidade dos problemas de saúde que se apresentam às equipes de saúde da família impõe mais fortemente a necessidade de ações interdisciplinares, visando ao cuidado integral. No entanto, a formação dos profissionais que compõem essas equipes, a sobrecarga de trabalho com a qual convivem e a própria organização do processo de trabalho nem sempre favorecem a realização dessas práticas. Esse é o problema sobre o qual o presente estudo se debruça. O objetivo deste estudo é analisar os limites e possibilidades de realização das ações interdisciplinares na prática profissional de enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas nas unidades de saúde da família. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo e inferencial, desenvolvido a partir das abordagens qualitativa e quantitativa. A amostra foi composta por Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões dentistas das Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa. O questionário foi construído, validado e aplicado mediante sorteio das Equipes de Saúde da Família. A parte qualitativa foi realizada a partir de Observação Participante, com duração de dois meses. Os resultados dos questionários foram submetidos à Análise de Agrupamento. Enquanto que para observação, foi realizada análise temática e os dados foram confrontados com os resultados quantitativos. As três profissões apresentaram limitações quanto à prática interdisciplinar. Os achados deste estudo evidenciam que o exercício da interdisciplinaridade na prática profissional depende de fatores de ordem objetiva, relacionados ao processo de trabalho, e de fatores subjetivos, inerentes ao próprio trabalhador.

Palavras-chave: Comunicação Interdisciplinar; Pesquisa Interdisciplinar; Equipe de Saúde Interdisciplinar; Relações Interprofissionais; Análise Qualitativa; Análise Multivariada.

ABSTRACT

The complexity of the health problems that are presented to family health teams requires more strongly the need for interdisciplinary actions, aiming at integral care. However, the formation of professionals that make up these teams, the overload work with which they live and the own organization of the work process does not always favor the achievement of these practices. This is the problem in which this study focuses. The objective of this study is to analyze the limits, and possibilities of interdisciplinary actions in professional practice of nurses, doctors and dentists in family health units. This is a cross-sectional study, exploratory, descriptive and inferential, developed from the qualitative and quantitative approaches. The sample consisted of Nurses, Physicians and Surgeon dentists of Family Health Teams in João Pessoa city. The questionnaire was constructed, validated and applied to all professionals by lot of the Family Health Teams. The qualitative part was made from participant observation during two months. The results of the questionnaires were submitted to Cluster Analysis. While the observation, thematic analysis was performed and the data were compared with quantitative results. The three professions had limitations on the interdisciplinary practice. The findings of this study show that the exercise of interdisciplinary professional practice depends on the objective order factors related to the labor process, and subjective factors inherent to the worker himself.

Keywords: Interdisciplinary Communication; Interdisciplinary Research; Interdisciplinary health team; Interprofessional Relations; Qualitative Analysis; Multivariate Analysis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quantitativo das atividades acompanhadas segundo o tipo de atividade.....	42
Quadro 2 -	Demonstrativo das atividades educativas acompanhadas.....	42
Quadro 3 -	Quantidade de profissionais por Distrito Sanitário.....	44
Quadro 4 -	Quantidade de profissionais que recusaram participar da pesquisa.....	45
Quadro 5 -	Caracterização das ações interdisciplinares com base nos estudos de Japiassu (1976) e Saupe et al. (2005), com base na observação participante das Equipes de Saúde da Família.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de Profissionais, Equipes e Unidades de Saúde por Distrito. João Pessoa, 2014.....	43
Tabela 2 -	Apresentação dos profissionais em atuação na USF, no período da observação (agost/2014-outub/2014). João Pessoa, 2014.....	48
Tabela 3 -	Características gerais da amostra, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014.....	56
Tabela 4 -	Características de formação da amostra, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014.....	57
Tabela 5 -	Médias das dimensões do trabalho interdisciplinar na equipe de saúde da família da amostra, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014.....	58
Tabela 6 -	Avaliação do nível de significância da heterogeneidade da distribuição de respostas das dimensões da interdisciplinaridade no trabalho na ESF. João Pessoa, 2014.....	58
Tabela 7 -	Resultado da Validação Interna do melhor número de grupos dos profissionais Enfermeiros no tocante à prática Interdisciplinar. João Pessoa, 2014.....	59
Tabela 8 -	Resultado da Validação Interna do melhor número de grupos dos profissionais Médicos no tocante à prática Interdisciplinar. João Pessoa, 2014.....	59
Tabela 9 -	Resultado da Validação Interna do melhor número de grupos dos profissionais Cirurgiões Dentistas no tocante à prática Interdisciplinar. João Pessoa, 2014.....	59
Tabela 10 -	Grupos formados quanto à prática interdisciplinar dos Enfermeiros. João Pessoa, 2014.....	60
Tabela 11 -	Grupos formados quanto à prática interdisciplinar dos Médicos. João Pessoa, 2014.....	61
Tabela 12 -	Grupos formados quanto à prática interdisciplinar dos Cirurgiões Dentistas. João Pessoa, 2014.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Análise de Agrupamento
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CA	Coefficiente Aglomerativo
DE	Distância Euclidiana
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	FORMAÇÃO SUPERIOR PARA A ÁREA DE SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO	21
3.2	CONTEXTUALIZANDO A INTERDISCIPLINARIDADE.....	23
3.3	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COM BASE NA INTERDISCIPLINARIDADE.....	28
3.4	ANÁLISE DE AGRUPAMENTO.....	30
3.4.1	Medidas de semelhança	31
3.4.2	Técnicas de agrupamento	33
3.4.3	Métodos hierárquicos	35
3.4.4	Definição do número de grupos	36
3.4.5	Validação dos agrupamentos	36
4	MATERIAL E MÉTODOS	39
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	39
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	40
4.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	40
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	46
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5	RESULTADOS	48
5.1	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	48
5.1.1	Perfil dos sujeitos das atividades observadas	48
5.1.2	Descrição das atividades observadas	49
5.1.3	Principais achados categorizados	54
5.2	DADOS DESCRITIVOS.....	55
5.3	ANÁLISE DE AGRUPAMENTO.....	58
6	DISCUSSÃO	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

REFERÊNCIAS	75
Apêndice A – Diário de Campo da Pesquisa Participante.....	82
Apêndice B – Questionário de Pesquisa.....	84
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
Apêndice D – Lista das Unidades de Saúde Sorteadas.....	90
Anexo I – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	92

1 INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais de saúde tem sido baseada no modelo biomédico, com predominância dos cenários de práticas hospitalares e clínicas, perpetuando, assim, uma assistência individualizada e especializada (ALMEIDA et al., 2012, p. 30). A consequência deste reducionismo biológico e estratificado é observada através da fragilidade na construção de conhecimentos que possibilitem o desenvolvimento de habilidades e competências que permitam aos trabalhadores da saúde intervenções no indivíduo como um todo.

Para Feuerwerker e Cecílio (2007), a operacionalização do trabalho em saúde foi fortemente influenciada pelo expressivo avanço tecnológico e pela especialização, com consequente desenvolvimento e aprimoramento da capacidade diagnóstica e de tratamento dos problemas de saúde. Essa assistência tem sido alvo de diversas reflexões, uma vez que ela se mostra incapaz de interpretar e modificar o processo saúde-doença nos diversos espaços produtores de cuidado e de conhecimento.

O modelo formativo não tem se mostrado resolutivo para atender às demandas impostas na prática pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam a integralidade, a equidade, a universalidade; bem como às reais necessidades de saúde da população brasileira (SILVA, 2011; MORAIS et al., 2010). Com isso, o papel da Estratégia Saúde da Família é transformar o modelo tradicional de assistência à saúde brasileira, caracterizado pela centralidade da figura do médico, medicamentoso, curativo, individual e hospitalocêntrico em um modelo de assistência coletiva, multi e interdisciplinar, baseado na família e no contexto social (COSTA et al., 2009), o qual revela-se, ainda, incipiente.

Com a operacionalização da Política da Atenção Básica (BRASIL, 2006) a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem o papel de enxergar a saúde de forma ampliada, considerando fatores como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). Assim, a Estratégia Saúde da Família prioriza o trabalho em equipe, a responsabilização compartilhada no planejamento e na execução das ações, além da interdisciplinaridade e da integralidade que devem estar presentes nestas ações (ROSA; LABATE, 2005). Em contrapartida, a abordagem biomédica tende a se concentrar exclusivamente nas necessidades biológicas dos indivíduos, favorecendo a formação acadêmica, uma relação de ensino-aprendizagem que limita a compreensão do processo

saúde-doença e reduz o sujeito doente a um órgão ou sistema, fragmentando o conhecimento por especialidade. Nesse sentido, chegou-se a um ponto em que o especialista se reduz a saber cada vez mais sobre cada vez menos, e termina por saber tudo sobre o nada (JAPIASSU, 2006, p. 28-29).

A consequência deste reducionismo biológico e estratificado é observada através da fragilidade na construção de conhecimentos que possibilitem o desenvolvimento de habilidades e competências que permitam aos futuros trabalhadores da saúde a realização de intervenções no indivíduo como um todo. Para González e Almeida (2010), a formação superior no Brasil tem-se constituído no sentido de separar os objetos de seus contextos e os conteúdos se dividem em disciplinas que não se integram e que são incapazes de possibilitar o entendimento sobre a complexidade da realidade. Como consequência, os profissionais de saúde direcionam suas práticas às especializações, aos problemas individuais, apresentando uma efetiva perda da substância inventiva, criativa e colaborativa.

Nesse sentido, a busca pela interdisciplinaridade faz-se emergencial, pois a realidade clínica é de problemas cada vez mais pluridisciplinares, transversais, transdimensionais, onde saberes fragmentados dificultam a resolução de problemas complexos (MORIN, 2001). Por interdisciplinar, entende-se a intensidade das trocas entre os especialistas, a integração e articulação de diferentes saberes e práticas gerando uma intervenção, uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder (JAPIASSU, 1976). Para tal, faz-se necessária a adoção de novos modelos formativos para a área da saúde, que incorporem uma visão crítica, com enfoque formativo para práticas interdisciplinares que visem superar a fragmentação do conhecimento, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências que culminem com trabalhadores compromissados com a transformação social e conhecedores das reais necessidades de saúde da população. São ações que vislumbram a reorganização das práticas produtoras de cuidado, coerentes com os princípios e diretrizes do sistema universal de saúde vigente no Brasil.

No contexto da saúde, o desenvolvimento de experiências verdadeiramente interdisciplinares é escasso, o que geralmente existe são encontros pluridisciplinares. As limitações se dão não somente pelo modelo disciplinar presente nos espaços de formação, mas na fragmentação dos currículos, no modelo racionalista que o poder público e a iniciativa privada utilizam para organizar seus quadros de trabalhadores de saúde, na resistência em se trabalhar com o desconhecimento dos limites, além da dificuldade em delimitar as especificidades de cada núcleo profissional (THIESEN, 2008).

A interdisciplinaridade resulta da prática de interfaces entre disciplinas. O avanço da discussão sobre a interdisciplinaridade não vem acompanhado de um avanço na mesma proporção de práticas interdisciplinares (AMORIM; ALESSI; GATTÁS, 2007a). Isso pode ser atribuído à tradição biocêntrica no tratamento da saúde; aos espaços de poder que a disciplinarização significa; à estruturação das instituições de ensino; às dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas. Por tudo isso, diversas vezes a interdisciplinaridade se resume apenas ao discurso (GOMES; DESLANDES, 1994).

O aprofundamento dos conhecimentos científicos e os avanços técnicos não são suficientes para satisfazer a amplitude de possibilidades que a área da saúde necessita (GUEDES; FERREIRA JÚNIOR 2010). Dominar adequadamente os conceitos ligados à interdisciplinaridade exige consciência dos limites e das potencialidades de cada campo do saber, da prática, do diálogo e das relações pessoais e humanas (GOMES; DESLANDES, 1994; AMORIM; GATTÁS, 2007b). As fragilidades de exercício interdisciplinar evidenciadas na formação se refletem e se potencializam na prática profissional, onde se constata a escassez de ações efetivamente interdisciplinares.

Ainda são poucas as experiências de trabalho interdisciplinar. Uma das estratégias que vem sendo adotada no sentido de possibilitar o exercício da interdisciplinaridade na formação é a educação interprofissional, que possibilita o treinamento conjunto para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas. Assim, duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras (BATISTA, 2012) e, posteriormente, fazem uso dos aprendizados em seu campo de trabalho, com uma abordagem crítica e problematizadora.

Silva, Scapin e Batista (2010) analisaram a experiência da formação interprofissional em saúde, a partir do Projeto Integrador junto a Atenção Primária à Saúde, que faz parte do currículo da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF). Esses autores constataram que a formação integrada de profissionais de saúde traz a perspectiva de ampliação dos referenciais com que estes trabalham e estudam, estimulam reflexões acerca dos limites da sua ação individual e isolada para atender as necessidades do usuário, e possibilita a contribuição da atenção conjunta e integral.

Segundo Pombo et al. (1993) existem vários níveis de interdisciplinaridade. O primeiro é aquele nível em que tipos distintos de disciplinas encontram-se, mas elas não interagem, apenas apresentam-se lado a lado. No segundo nível, as disciplinas se comunicam, têm uma interação, mas não conseguem buscar soluções para determinados assuntos em

comunhão. O terceiro nível extrapola as barreiras que as afastavam, fundem-se, e há uma transformação da ideia primária que só é possibilitada pela fusão dos saberes/disciplinas.

Minayo (2010) reflete sobre tais níveis quando enuncia a multidisciplinaridade como justaposição de disciplinas, acrescentando que são várias as concepções dissertando sobre um mesmo tema. Quanto à interdisciplinaridade, relata que além de ser o encontro entre as disciplinas, é uma estratégia de discussão, compreensão e interpretação conjunta, ao tempo que o transdisciplinar ultrapassa o engessamento da disciplina, articula teorias, conceitos no diálogo e nas práticas entre as pessoas.

Adotaremos para efeito do presente estudo a concepção de interdisciplinaridade como uma estratégia de discussão para possibilitar o trabalho com troca de saberes, onde as relações de proximidade e troca com o cotidiano dos serviços interagem no trabalho em saúde de modo a transcender os fazeres individualizados de cada profissão, e passam a construir um trabalho conjunto, com objetivos, métodos e linguagens comuns, pertinente às necessidades dos usuários (JAPIASSU, 1976).

Segundo Benito et al. (2003),

o trabalho interdisciplinar vem a potencializar a qualidade no atendimento e no cuidado de famílias. O profissional necessário para atuar conforme esta prática, também está sendo lapidado, pois a formação tradicional torna o saber como algo fragmentado, com atuação puramente curativa, que não incentiva as famílias a participarem ativamente de seu processo de recuperação e manutenção da saúde.

Pombo et al. (1993) descrevem a interdisciplinaridade como uma metodologia de diálogo, troca de experiências, união de saberes, por um olhar transversal, rompendo a imagem da disciplinarização. Já Batista et al. (2006) pontuam que o caráter problematizador da interdisciplinaridade favorece a construção do conhecimento, amplia o trabalho coletivo e reduz a complexidade de algumas situações vivenciadas nos cenários de prática, pontuando a interdisciplinaridade como um caminho para transformação do trabalho em saúde.

O modelo biomédico tradicional, onde o ser humano é visto como uma patologia a ser tratada, distancia-se da visão integral do ser humano priorizada pelo SUS. A falta de interação, cooperação e diálogo entre os diversos profissionais, que optam em realizar suas ações de maneira isolada e centralizada em sua especificidade, demonstra que ainda é um desafio desenvolver práticas interdisciplinares, não desconsiderando a especificidade do trabalho característico das profissões.

O trabalho interdisciplinar apresenta grandes limitações. As críticas sobre os conhecimentos descontextualizados e disciplinas trabalhadas de forma fragmentada, desencadeiam-se no momento em que a organização do mundo do trabalho demanda profissionais com uma visão de totalidade. Este cenário leva a uma maior discussão acerca da necessidade de interligar os conhecimentos na tentativa de otimizar o entendimento de uma globalidade. A complexidade dos problemas de saúde que se apresentam às equipes de saúde da família impõe mais fortemente a necessidade de ações interdisciplinares, visando o cuidado integral. No entanto, a formação dos profissionais que compõem essas equipes, a sobrecarga de trabalho com a qual convivem e a própria organização do processo de trabalho nem sempre favorecem a realização dessas práticas. Esse é o problema sobre o qual o presente estudo se debruça.

A relevância desse estudo está na perspectiva de contribuir para superar as dificuldades de efetivação da interdisciplinaridade na estratégia saúde da família, ao apontar os limites e as possibilidades de realização de ações de saúde de forma interdisciplinar no cotidiano de trabalho das equipes.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os limites e as possibilidades de realização das ações interdisciplinares na prática profissional de enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas nas unidades de saúde da família.

2.2 ESPECÍFICOS

- Investigar o posicionamento dos profissionais da saúde quanto à atuação interdisciplinar nas suas práticas na atenção básica;
- Identificar os pontos de aproximação e distanciamento entre o discurso e a prática profissional quanto ao trabalho interdisciplinar em saúde;
- Apontar estratégias para potencializar a prática interdisciplinar.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FORMAÇÃO SUPERIOR PARA A ÁREA DE SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO

O ensino superior no Brasil tem uma história recente quando comparado aos demais países da América Espanhola. A formação para a área de saúde teve as suas primeiras iniciativas realizadas com as Academias Médico-Cirúrgicas dos estados Rio de Janeiro e da Bahia. Além do curso de Medicina, foram incluídas nas Academias, os cursos anexos de “Farmacêutico” e o de “Parteira”. Assim, iniciou-se o processo de formação de trabalhadores para a saúde em nível nacional (PRATA, 2010).

Uma série de dispositivos legais, entre 1808 e 1930, foram publicados visando à regulamentação dos cursos de formação de trabalhadores da saúde, todos anexos às Faculdades de Medicina. Logo, é evidente que as primeiras instituições formadoras para a área de saúde foram constituídas tendo como eixo central o ensino da Medicina. Porém, o único curso criado que não seguiu essa lógica foi o de Enfermagem (CHRISTOFARO, 1999).

A Enfermagem, tal como a Medicina, foi uma das primeiras profissões a ser institucionalizada, possuindo o caráter de assistência (RIBEIRO; SAMPAIO, 2009), caracterizada por critérios organizativos acrescidos de rotinas e protocolos (LEOPARDI, 1999). Além disso, os conteúdos referentes à “administração interna e a escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias” participavam da formação do enfermeiro no Brasil.

A educação, entre 1930 e 1950, passou a ocupar um importante espaço no projeto da sociedade brasileira, como uma instância política (MIGUEL, 2007). Neste contexto, a concepção humanista moderna tomou impulso e sustentou o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova. As origens desse movimento são diretamente associadas às transformações sociais, econômicas, culturais e demográficas, ocasionadas pela maciça industrialização.

A adoção do modelo humanista moderno de educação alterou a percepção do papel do professor, do aluno, do trabalho pedagógico, dos conteúdos, da avaliação e até mesmo da relação docente-discente durante o processo ensino-aprendizagem. Nesse período, o aprender era entendido como um ato interior do aluno, dependendo necessariamente de crescimento e maturação. Logo, o aluno deveria “aprender a aprender”, baseado no “ensino com pesquisa” e no conceito do professor enquanto um facilitador da aprendizagem (TEIXEIRA, 2003).

A tendência humanista moderna, nos anos de 1960, adotada pelo sistema educacional entrou em crise, o que favoreceu o fortalecimento de uma concepção tecnicista da educação. Mas foi também no final desta década que se iniciaram as críticas e questionamentos à “pedagogia oficial” ou “pedagogia tradicional”, bem como à política educacional que se pretendia implementar. Este movimento, considerado contra-hegemônico, defendia que o território da construção do conhecimento era o da apropriação/desapropriação/reapropriação do saber (CHRISTOFARO, 1999).

A formação tecnicista alterou o sujeito da educação. Pois, ao considerarmos que na tendência humanista tradicional o professor era o centro do processo ensino-aprendizagem e que este lugar passou a ser ocupado pelo estudante durante o humanismo moderno, no tecnicismo, ele foi ocupado pela técnica. Como consequência desta inversão, um novo tipo de homem teria seu valor reconhecido a partir de seu fator de produção, na concepção de sujeito enquanto recurso humano (MIGUEL, 2007).

Durante o governo militar, em 1965, foi instituída uma comissão para estudar a universidade brasileira. Porém, verifica-se que o modelo de universidade proposto por este estudo e a organização dos cursos superiores por meio da Reforma Universitária, Lei nº 5540/68, foi uma reprodução bastante atrasada das universidades norte-americanas, com ensino em departamentalização e por ciclos de conhecimento (SANTANA et al., 1999).

Para a formação na área de saúde, este momento significou no Brasil a consolidação do paradigma da medicina científica, que orientou a formação durante todo o século XX. A influência deste modelo de formação para a área de saúde detinha características ainda hoje extremamente marcantes na educação superior em saúde, como a segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado predominantemente no hospital (SANTANA et al., 1999).

Neste cenário, a associação do modelo tecnicista com o biomédico construiu algumas premissas para a formação em saúde, que foram consolidadas no Brasil a partir de 1940 (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). O modelo biomédico tem como base o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização e a ênfase na abordagem curativa. Na concepção mecanicista, o corpo humano assemelha-se a uma máquina, localizado em um sistema em equilíbrio que possui fragilidades que levam ao adoecimento, sendo este último vulnerável a intervenções por meio de métodos químicos, físicos e elétricos. Esse complexo pode ser fragmentado em partes menores para otimizar o processo de treinamento dos profissionais. O biologicismo tenta explicar as causas e conseqüências das doenças através de alterações biológicas diversas, reduzindo o processo saúde-doença a esta dimensão. O

individualismo está presente na medicina científica devido à eleição do indivíduo como seu objeto, em detrimento das coletividades humanas. A especialização resultou da troca entre a globalidade do objeto da prática médica e a profundidade do conhecimento de suas dimensões específicas. A ênfase na medicina curativa interpreta a fisiopatologia como o próprio agravo, e não como sua expressão (AGUIAR, 2003).

Assim, essas premissas influenciaram a formação na área de saúde e, conseqüentemente, o processo de trabalho, na medida em que restringiu o foco de atenção à saúde do indivíduo, tecnicizaram a assistência e reduziram o universo dos problemas de saúde aos seus fatores biológicos.

A partir de 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na saúde foram instituídas, proporcionando mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos, com objetivo de adequar a formação dos profissionais de saúde à realidade do SUS. As DCN's apontam para a formação de profissionais numa perspectiva "generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, em diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001, p. 1)".

O Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e o Ministério da Educação propuseram a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde, ditas, políticas indutoras. Dentre estas, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), estratégias que fazem parte desta política, tem sido marcadores importantes na formação de grupos e equipes de profissionais que se envolvem estrategicamente na construção coletiva (SARTORI; HORTO, 2012).

Porém, embora a implantação das novas Diretrizes e das políticas indutoras de mudança na formação represente avanço significativo no processo formativo, na prática ainda são incipientes os resultados que comprovam estas transformações.

3.2 CONTEXTUALIZANDO A INTERDISCIPLINARIDADE

A área de saúde sofre as conseqüências da grande compartimentação do conhecimento que, mais do que especializar e esfacelar o saber, não respeita a indivisibilidade humana. Tendo em vista que a saúde é um campo complexo e que cada vez mais se configura assim, o

aprofundamento dos conhecimentos científicos e os avanços técnicos não têm sido suficientes para satisfazer esta complexidade (ARRUDA; TURA, 2002).

A interdisciplinaridade, então, se apresenta como um novo caminho de solução admissível para este problema, mostrando-se como possibilidade de uma nova postura profissional, facilitando a abordagem do homem de forma mais ampla e na sua totalidade, objetivando a superação dos problemas e possibilitando benefícios de uma nova prática em saúde (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010).

A interdisciplinaridade enquanto conceito tem sido enfatizada neste século, entretanto, desde as civilizações antigas já existia a preocupação com a fragmentação do conhecimento em especialidades sem comunicação explícita entre si. Na antiguidade, o filósofo grego Platão já falava sobre a necessidade de unificar os saberes das ciências e a sua academia assumiu o compromisso com a integração do conhecimento. Com o Iluminismo, no século XVII, a Enciclopédia transformou-se em uma unidade condensada da diversidade de saberes e práticas, permitindo assim um melhor desenvolvimento da sociedade (GUBERT, 2009).

Entretanto, desde o advento da ciência moderna, a partir do século XVI, todos os pressupostos do paradigma positivista impulsionaram a fragmentação do saber. Com a revolução industrial e a conseqüente industrialização, durante o século XVIII, abrem-se os caminhos para a disciplinaridade e fragmentação da ciência, pois as indústrias necessitavam cada vez mais de especialistas de conhecimento delimitado. Foi um momento de consolidação das especializações dos saberes (SANTOMÉ, 1998).

A ideia interdisciplinar ganhou força na França, em meados dos anos 1960, período no qual os movimentos estudantis reivindicavam um ensino voltado à realidade social, contrariando o ensino fragmentado e verticalizado da época (OLIVEIRA et al., 2011). A intenção era uma abordagem para uma educação mais global, superando a fragmentação das disciplinas.

Segundo Santomé (1998), o movimento pedagógico a favor da interdisciplinaridade e da globalização nasceu de reivindicações progressistas de grupos ideológicos e políticos que lutavam por uma maior democratização da sociedade.

Georges Gusdorf, em 1961, um dos principais precursores do movimento em prol da interdisciplinaridade apresentou à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) um projeto de pesquisa interdisciplinar. Na mesma década, no ano de 1967, em Louvain, aconteceu um colóquio que apontou as dificuldades e os caminhos para a interdisciplinaridade, possibilitando refletir sobre o assunto (FRANCISCHETT, 2005).

Logo após estes acontecimentos, no final da década de 1960, o discurso interdisciplinar chegou até o Brasil, influenciando a legislação educacional pátria. A ideia pedagógica contida no conceito da interdisciplinaridade iniciou-se como modismo, palavra de ordem, como semente e produto das reformas educacionais. Ela se apresentou como uma proposta incoerente e fadada ao fracasso, considerando a falta de compreensão sobre o tema (GUBERT, 2009; FRANCISCHETT, 2005). Entretanto, os conceitos sobre a interdisciplinaridade trazidos à tona por Georges Gusdorf influenciam praticamente toda a produção bibliográfica sobre o assunto no país e serviram como base para os estudos dos teóricos brasileiros (FRANCISCHETT, 2005).

O primeiro a estudar a interdisciplinaridade no Brasil, foi Hilton Japiassú, em sua obra “Interdisciplinaridade e patologia do saber”, publicada em 1976, ele apresentou uma síntese das principais questões que envolvem a interdisciplinaridade e anunciou os pressupostos fundamentais para uma metodologia interdisciplinar (FRANCISCHETT, 2005).

Para Japiassu (1976), a interdisciplinaridade é sinônimo de interação de disciplinas e para se entender o sentido de “interdisciplinar” é preciso saber o que vem a ser “disciplina”. Para ele, uma disciplina tem o mesmo sentido de “ciência”, de “disciplinaridade”, que se caracteriza pelo domínio dos objetos de estudo dos quais se ocupa, pelas especificidades e pela forma como prevê e explica os fenômenos.

Desse modo, a interdisciplinaridade é o encontro de diferentes disciplinas, seja na perspectiva pedagógica ou epistemológica, para construção de um novo saber. Este saber, por sua vez, é produzido pela intersecção dos diferentes saberes/disciplinas. Uma visão interdisciplinar deve estar presente tanto no campo da teoria como no da prática, seja esta de intervenção social, pedagógica ou de pesquisa (BISPO, 2013; GATTÁS, 2005).

Ainda na década de 1970, havia a necessidade de uma maior definição conceitual e explicitação terminológica da interdisciplinaridade. No Brasil, Ivani Fazenda desenvolve o tema “interdisciplinaridade” em sua dissertação de mestrado, a partir dos estudos analisados de Japiassu e outros autores sobre a interdisciplinaridade na Europa, abordando os aspectos relativos à conceituação em detrimento da metodologia, visto que seu propósito era investigar e analisar as proposições sobre interdisciplinaridade à época das reformas de ensino no Brasil (GUBERT, 2009; FRANCISCHETT, 2005).

Uma tentativa de explicar um método para a interdisciplinaridade ocorreu na década de 1980. O principal documento que marcou essa época foi datado de 1983, intitulado “Interdisciplinaridade e Ciências Humanas”, de Gusdorf e colaboradores, que teciam comentários sobre teoria/prática, verdade/erro, certeza/dúvida, processo/produto,

real/simbólico, ciência/arte. Uma nova epistemologia foi estabelecida em meados de 1990, construiu-se, a própria epistemologia da interdisciplinaridade. Neste período, passou-se a exercer e a viver mais a interdisciplinaridade, intensificando-se o surgimento dos grupos comprometidos com este conceito. É a fase da revisão atual do conceito de ciência, em que há exigência de uma nova consciência (FRANCISCHETT, 2005).

No Brasil, mesmo com todas as discussões que envolviam a interdisciplinaridade no âmbito educacional, a formação e o cuidado em saúde durante muito tempo estiveram centrados na atuação do médico, fortemente influenciado pela característica do sistema de saúde curativo, imediatista e hospitalocêntrico, com bases na especificidade do conhecimento. Entretanto, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, houve uma reorientação nas políticas públicas de saúde, as quais se asseguraram os princípios doutrinários e organizativos do novo sistema (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Com a implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, reconhecido como o modelo de reorientação das ações de saúde no país, verificou-se a necessidade de atuação multidisciplinar entre os profissionais envolvidos. A partir de então, observaram-se dificuldades dos profissionais de saúde em conseguir atuar interdisciplinarmente em equipes multidisciplinares, provavelmente devido a fatores limitantes na formação acadêmica tradicional e fragmentada em disciplinas sem integração, incentivadora da especialização precoce (SANTOS; CUTOLO, 2003).

O modelo pedagógico tradicional de ensino em saúde baseia-se na disciplinaridade do conhecimento, incentivando a especialização precoce, com uma abordagem biologicista e medicalizante (FEUERWERKER, 2002).

As críticas sobre os conhecimentos descontextualizados e disciplinas trabalhadas de forma fragmentada, desencadeiam-se no momento em que a organização do mundo do trabalho demanda profissionais com uma visão de totalidade. Este cenário leva a necessidade de uma maior discussão acerca da importância de interligar os conhecimentos na tentativa de otimizar o entendimento de uma globalidade.

Neste sentido, diversos autores já conceituam interdisciplinaridade, com uma concepção de troca de saberes entre os conhecimentos de duas ou mais disciplinas (BATISTA, 2006; ZABALA, 2002; JAPIASSU, 1976). Oliveira et al. (2011, p. 29), referem-se à interdisciplinaridade como “uma troca intensa de saberes profissionais especializados em diversos campos, exercendo [...] uma ação de reciprocidade e mutualidade, [...] ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentada e distante por uma visão unitária e abrangente sobre o ser humano”.

A aplicabilidade da interdisciplinaridade nos campos de atuação em saúde, durante a formação acadêmica e na prática profissional, faz-se imprescindível para a concretização de ações voltadas ao cuidado do indivíduo e da coletividade. Ela permite uma melhor compreensão da complexidade dos fenômenos, diminuindo os efeitos muitas vezes catastróficos da fragmentação do conhecimento, favorecendo uma assistência humanizada pela percepção do homem em suas diversas dimensões (GATTÁS, 2005).

A interdisciplinaridade se faz presente cada vez mais na área da saúde. Muitos são os esforços e desejos para, de fato, possibilitar a sua efetivação na prática. No entanto, a sua aplicabilidade ainda não foi atingida. Ela representa uma necessidade histórica, o agir interdisciplinar importa ainda um desafio a ser decifrado (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010).

A respeito disso, vale notar a contribuição de Saupe et al. (2005) que apontam que é necessário certas atitudes para efetivação de ações interdisciplinares na saúde, tais quais: o respeito à disciplina do outro; a atitude de respeito pelo outro, a empatia; aceitar sugestões; respeitar as limitações dos demais profissionais; respeitar a competências do outro; o comprometimento com o SUS; ouvir a opinião do outro; refletir crítica; ser humilde; estar pronto para aprender e mudar, caso seja necessário; respeitar as diferenças; ética no trabalho; atitude de liderança pactuada e democrática.

Contudo, Stuard (2008) apontou ainda como uma premissa fundamental para a interdisciplinaridade, o fator motivacional individual, que ocorre quando duas ou mais pessoas com saberes diferentes querem interagir. O profissional de saúde hoje, comprometido com o ideário do SUS necessita ter em suas ações diversas práticas que contemplem a interdisciplinaridade, resistentes à fragmentação do saber. Vale ressaltar que, a interdisciplinaridade não nega a especialização, uma vez que a articulação dos diferentes saberes é o que produzirá um novo conhecimento (MENDES et al., 2008).

No ensino, a interdisciplinaridade não tem a pretensão de criar novas disciplinas ou saberes, mas utilizar o conhecimento das várias disciplinas para resolver um problema concreto ou compreender um fenômeno sob vários pontos de vista (OLIVEIRA et al., 2011).

Nesse sentido, considerou-se no estudo, a interdisciplinaridade como sendo a interação entre diferentes disciplinas/profissionais que se envolvem em um projeto com objetivos, métodos e linguagens comuns, integrando e compartilhando experiências e conhecimentos, de modo que as relações e o trabalho em saúde transcendam os fazeres individualizados (JAPIASSU, 1976).

3.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A INTERDISCIPLINARIDADE

Segundo Marx (1994, p. 211), trabalho é a relação entre homem e natureza, “processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”.

A discussão sobre processo de trabalho na saúde ganhou destaque, no final da década de 1960, quando Maria Cecília Donnangelo discorreu sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Posteriormente, Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo estabeleceu o conceito de “processo de trabalho em saúde”. Mendes Gonçalves (1994) destacou que o objeto do trabalho, os agentes, os materiais e as finalidades precisam interagir, e o trabalho é conjugado a partir de duas idéias processadas em trajeto único, a energia e a transformação. Para Merhy (1999), esse processo está fundado na relação interpessoal, e corresponde a um processo de ensino-aprendizagem.

O mundo do trabalho vem se transformando de acordo com as mudanças na chamada sociedade urbano-industrial (TENÓRIO, 2011). Inicialmente com o Taylorismo, propiciando a fragmentação do pensar e do trabalho, coisificando o homem em máquina (COHEN, 2012). Posteriormente com o fordismo, em que o trabalho é realizado coletivamente, com auxílio de uma esteira, consolidando a especialização do trabalhador (TENÓRIO, 2011). Já no Toyotismo, o trabalho tornou-se mais flexível e horizontal. A história mostra, assim, o trabalho fragmentado dando espaço para o trabalho em equipe, do individual ao coletivo.

O trabalho em saúde hoje é um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e também da divisão do trabalho sob a ótica taylorista. Esse processo se deu desde a época da Revolução Industrial com o processo de divisão do trabalho e o aumento da produtividade, processo que aconteceu não apenas no trabalho industrial (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

A divisão do trabalho na área da saúde gera a condição de complementariedade e interdependência dos diversos trabalhos especializados (SCHRAIBER, et al., 1999). Com o fluxo e a demanda dos serviços, as tarefas passam a ser divididas e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho. Nesse sentido, faz-se necessário que o processo de trabalho em saúde leve em consideração a interação entre esses sujeitos (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Com a criação do SUS, o modelo de saúde proposto neste sistema passou a ser de atuação integral no cuidado à saúde do indivíduo e da comunidade. É um serviço em que se

faz necessário que o sujeito seja participante ativo do processo, no qual a dimensão do cuidado ultrapassa as barreiras da visão biológica, individual, organizacional e/ou espiritual.

A Constituição Federal de 1988 define que o SUS deve ser o ordenador da formação de recursos humanos em saúde e alguns autores apontam as mudanças no processo de formação como o nó crítico para as reais transformações na organização de práticas em saúde no Brasil (MORAIS et al., 2010; HADDAD et al., 2010). De acordo com Sordi e Bagnato (1998), é evidente que a área da saúde padece de longa data do tecnicismo, como consequência deste, observa-se uma fragilidade na construção de um processo de trabalho que possibilite aos trabalhadores da saúde intervenções dialogadas.

A dificuldade das equipes multiprofissionais em atuar interdisciplinarmente está relacionada, entre outros fatores, à negação da superação das fronteiras disciplinares. A interdisciplinaridade extrapola a simples convivência de disciplinas, ou profissões, impondo a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus limites para apoiar as contribuições dos outros, buscando a interação mútua (JAPIASSU, 1976). Esta concepção de interdisciplinaridade encontra dificuldade para ser colocada em prática, pois faz-se necessário que haja uma mudança na formação profissional da saúde buscando uma compreensão mais ampla da pessoa humana (OLIVEIRA, 2007). A implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para área da saúde, a partir do ano de 2001, trouxe como norteadores para o sistema de saúde do país, o trabalho em equipe e à atenção integral à saúde do cidadão e das coletividades (ALMEIDA, 2003), apresentando-se como uma esperança para mudança na formação e, a posteriori, na prática profissional. O trabalho interdisciplinar transcende a ideia de vários profissionais, tornando-se produto das relações entre estes profissionais.

Paim (1982, p.3) afirma que,

O objeto da Atenção Primária à Saúde é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações.

Assim, o trabalho em equipe deve ser visto como processo de superação das relações de poder já instituídas nos serviços de saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental repensar os

papéis de cada profissional, quebrando a ideia de verticalização do processo de trabalho, considerado o fator limitante para a resolubilidade dos serviços (COSTA, 2007).

Para tal, fazem-se necessários esforços no âmbito profissional visando à construção de práticas interdisciplinares, que devem pensar na experiência, nas vivências e nos caminhos teóricos escolhidos pelo profissional, transformando suas posturas no que diz respeito aos questionamentos e à inquietude em busca de soluções e novos aprendizados. Ser interdisciplinar é problematizar, é arriscar na busca do desconhecido (NUNES, 1995).

3.4 ANÁLISE DE AGRUPAMENTO

A análise de agrupamento (AA), ou também conhecida como *cluster analysis*, pode ser definida como grupo de técnicas multivariadas que têm por finalidade agregar objetos (sujeitos da pesquisa, produtos ou outras entidades), buscando observar a existência de grupos mais semelhantes entre si quando comparados com membros de outros grupos, com base em um conjunto de variáveis analisadas pelo pesquisador (sexo, religião, aprendizados adquiridos, prática profissional, etc.) (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005).

A ideia básica dessa técnica é separar um conjunto de objetos e agrupá-los em subgrupos conforme sua proximidade ou suas características comuns. Para tanto, deve se basear nos princípios de maximização da similaridade intraclasse e na minimização da similaridade interclasses. A primeira propriedade visa preservar a propriedade de coesão entre objetos de um grupo. Já a segunda, está associada à propriedade de isolamento entre grupos, a partir da diferença dos objetos de grupos distintos (LOUREIRO, 2005).

Desta forma, a técnica classifica os objetos com base nas características que estes possuem. Assim, dado um conjunto de n objetos amostrais, os quais são medidos segundo p variáveis, o problema a ser revolido por essa técnica é definir um processo de classificação que possibilite reunir os objetos em g grupos, de tal forma que exista uma elevada homogeneidade interna (dentro do agrupamento) e alta heterogeneidade externa (entre grupos) (HAIR et al., 2009).

Para realizar o agrupamento, algumas decisões precisam ser tomadas, dentre elas: a escolha da medida utilizada para medir a proximidade (similaridade ou dissimilaridade) entre os elementos, a técnica e o método de agrupamento.

3.4.1 Medidas de semelhança

As medidas de semelhanças definem a distância entre os objetos em um determinado conjunto e representam o grau de correspondência entre eles. Há duas técnicas de medidas de proximidade: as medidas de similaridade e de dissimilaridade. Para uma medida de similaridade, quanto maior o valor observado entre dois objetos, mais semelhança. Enquanto que, para uma medida de dissimilaridade, quanto maior o valor observado entre dois objetos, menor a semelhança entre eles (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990).

Existem inúmeras medidas distintas para constatar a medida de similaridade, que se distinguem pelas diferentes formas de definir a proximidade entre os objetos em um grupo. Elas compreendem as medidas correlacionais, de distância e as de associação. O coeficiente de correlação é uma medida de similaridade onde as altas correlações indicam similaridade, já as baixas correlações indicam a falta dela. Enquanto, que a distância euclidiana é um exemplo de dissimilaridade onde maiores valores denotam menor similaridade (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990).

Essas medidas podem ser transformadas entre si e pelo uso de uma relação inversa. Assim, a dissimilaridade pode ser convertida em uma medida de similaridade (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; HAIR et al., 2009). Entretanto, a forma mais utilizada na análise de agrupamento para determinar a proximidade dos objetos é a da distância, pois, é a medida que apresenta o melhor conceito de proximidade (HAIR et al., 2009).

A utilização dos coeficientes de proximidade é determinada pela natureza das variáveis e pelas escalas de medidas. As variáveis qualitativas indicam uma qualidade presente ou ausente, e cada uma das categorias é mutuamente exclusiva e exaustiva. Já as variáveis quantitativas têm iguais propriedades e, adicionalmente, permitem medir a diferença entre valores. A escala de mensuração define o tipo de variável do estudo (quantitativa – discreta, contínua, intervalar, ou qualitativa – nominal, binária, ordinal).

No estudo em tela, optou-se por utilizar variável do tipo intervalar, a partir do questionário sobre a Prática Interdisciplinar, mensurado com uma escala quantitativa de intensidade, a fim de verificar o nível de concordância/discordância em relação ao objeto de estudo. Desta forma, será detalhado o conhecimento sobre as medidas de dissimilaridade para estas variáveis.

3.4.1.1 Medidas de Semelhança para Variáveis Quantitativas

Para variáveis quantitativas, a distância euclidiana (DE) ou distância em linha reta é uma das mais comumente utilizadas para análise de agrupamento. Analiticamente, a DE é dada da seguinte forma:

$$d(A, B) = \left[\sum ((x_i(A) - x_i(B))^2) \right]^{1/2} \quad (1)$$

onde, d se refere à distância entre A e B, e x_i se refere às informações dos pontos que serão utilizadas para determinar a semelhança. Aplicando essa fórmula, a DE possibilita calcular a distância entre dois objetos A e B no espaço euclidiano (LOUREIRO, 2005).

A partir da DE surgem outros coeficientes de medida de distância para indicar a semelhança entre os pontos A e B. Dentre essas medidas, está o coeficiente da distância euclidiana média, que se caracteriza pela soma das diferenças ao quadrado, dividido pelo número de coordenadas envolvidas, usado comumente em casos de *missing*.

$$d(A, B) = \left[\frac{\sum ((x_i(A) - x_i(B))^2)}{p} \right]^{1/2} \quad (2)$$

Outra medida derivada da DE é a distância euclidiana padronizada. Por isso, é recomendável a padronização quando os dados não estão com o mesmo padrão de medidas comparáveis (kg, cm, anos). Então se faz necessário realizar a seguinte transformação:

$$Z_i = \frac{X_i - \bar{X}_i}{S_i} \quad (3)$$

onde, X_i é a coordenada da variável, \bar{X}_i e S_i indicam respectivamente média e desvio padrão da i -ésima coordenada. Após a padronização dos dados, a DE utilizada passa a ser a seguinte:

$$d(A, B) = \left[\sum ((z_i(A) - z_i(B))^2) \right]^{1/2} \quad (4)$$

onde A e B são os objetos, d se refere à distância entre os objetos, e z_i às coordenadas ou informações das variáveis, segundo o objeto, que serão utilizadas para determinar a semelhança.

Outra medida de distância originária da DE é a distância Euclidiana Ponderada. Esse tipo de medida é utilizado quando se deseja dar mais peso para variáveis que o pesquisador julga mais importante para definir semelhança. Os pesos para a diagonal da matriz das covariâncias podem ser criados arbitrariamente ou pode-se criar uma matriz baseada em critérios estatísticos. Desta forma, define-se:

$$d(A, B) = [(x(A) - x(B))'B(x(A) - x(B))]^{1/2} \quad (5)$$

Os casos particulares mais importantes da distância ponderada por B são:

$B=I_p$, a ponderação é a matriz identidade, tem-se então a distância euclidiana usual;

$B= [\text{diag}(S_1^2, S_2^2, \dots, S_p^2)]$, e tem-se a distância das variáveis padronizadas;

$B= V^{-1}$, onde V é a matriz das covariâncias, tem-se assim a “distância de Mahalanobis”.

Esta última distância, além de ponderar pela variabilidade de cada uma das componentes, leva em conta também o grau de correlação entre elas. Este fato torna muito difícil a interpretação de resultados baseados nos coeficientes de similaridade e dissimilaridade (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; ALBUQUERQUE, 2005).

Com relação às variáveis quantitativas, existem outras medidas de distância para analisar a proximidade dos objetos em análises de agrupamento. O processo de escolha e de utilização dessas diferentes medidas dependerá das situações de interesse de cada pesquisador, bem como das propriedades apresentadas por cada uma dessas medidas.

3.4.2 Técnicas de agrupamento

As técnicas de agrupamento relacionam-se com o método de reunir os objetos semelhantes e precisam atender aos critérios básicos de coesão interna dos objetos e do isolamento externo entre os grupos (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990). Assim, o processo de agrupamento pode ser realizado por meio de duas técnicas diferentes: não-hierárquicos ou hierárquicos.

As técnicas de Partição ou não-hierárquicas agrupam os elementos amostrais em g grupos, onde k é o número de grupos previamente fixados. A técnica é realizada até que os resultados gerados permitam a melhor interpretação dos dados.

As técnicas hierárquicas são as mais utilizadas e caracterizam-se pelo agrupamento sucessivo dos elementos, até que os elementos da amostra sejam agregados ou desagregados, produzindo uma estrutura de árvore de classificação (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; HAIR et al., 2009). As técnicas hierárquicas podem ser divididas em dois tipos: divisivas e aglomerativas.

No agrupamento divisivo, todos os objetos partem de um único grupo e, por divisões sucessivas, vão sendo obtidos 2, 3, ou mais grupos, até que se forme um agrupamento unitário que incluirá todos os elementos, possibilitando a existência do máximo de semelhança entre os objetos dos mesmos subgrupos e a máxima dissimilaridade entre elementos de subgrupos distintos. Este processo continua até que haja tantos subgrupos quantos objetos (LOUREIRO, 2005; HAIR et al., 2009).

No agrupamento aglomerativo (método AGNES), uma hierarquia de agrupamento é construída. Cada objeto inicia com o seu próprio agrupamento e a partir de fusões sucessivas dos n objetos, vão sendo obtidos $n-1$, $n-2$, entre outros grupos, até reunir todos os objetos num único grupo, obedecendo ao critério de maior similaridade entre os objetos (LOUREIRO, 2005; HAIR et al., 2009).

O Coeficiente Aglomerativo (CA) pode ser utilizado para medir a validade dos agrupamentos aglomerativos (LOUREIRO, 2005). De acordo com este coeficiente, para cada objeto i , $d(i)$ é sua dissimilaridade em relação ao primeiro agrupamento em que foi inserido, dividido pela dissimilaridade na etapa final do algoritmo. O CA é definido a seguir:

$$CA = \frac{1}{n} \sum_i^n 1 - d(i) \quad (6)$$

onde n é o número total de objetos do conjunto de dados.

O CA pode assumir valores entre 0 a 1, em que valores baixos correspondem a estruturas de agrupamentos ruins, enquanto valores próximos a 1 indicam que foram encontradas claras estruturas de agrupamento.

Neste estudo optou-se por utilizar a técnica hierárquica aglomerativa, tendo em vista que não se conhecia inicialmente o número de grupos formados. Sendo assim, foi realizado um aprofundamento teórico quanto aos métodos de agrupamento utilizados na técnica hierárquica.

3.4.3 Métodos hierárquicos

Existem vários métodos hierárquicos de agrupamento, sendo os mais comuns: a ligação simples; a ligação completa; a ligação média; o centroide e o método proposto por Ward.

- **Método de Ligação simples ou vizinho mais próximo:** a partir da menor distância de qualquer objeto de um agrupamento a qualquer objeto no outro se define a semelhança entre os agrupamentos. É considerada uma das técnicas mais versáteis por determinar uma grande quantidade de padrões de aglomeração. Entretanto, pode formar longas e sinuosas cadeias, com os objetos de extremos opostos de uma mesma cadeia apresentando diferenças entre si.
- **Método de Ligação completa ou vizinho mais distante:** se assemelha ao método de ligação simples, porém a similaridade de agrupamento se baseia na distância máxima entre as observações em cada agrupamento. Nesse método, todos os objetos em um agrupamento são conectados uns com os outros a alguma distância máxima. É um método que gera agrupamentos mais compactos e elimina o problema do encadeamento dos objetos presentes no método da ligação simples.
- **Método de Ligação Média:** calcula a proximidade dos agrupamentos através da similaridade média de todos os objetos em um agrupamento com todos os indivíduos do outro. Esse método não depende de valores extremos, mas sim de todos os valores observados.
- **Método Centroide:** os agrupamentos são formados através das distâncias entre seus centroides, que correspondem aos valores médios das observações sobre as variáveis de agrupamento. A cada novo objeto ou grupo de objetos acrescentados a um agregado já existente, um novo centroide é calculado.
- **Método de Ward ou da variância mínima:** difere dos métodos anteriores, pois o cálculo da similaridade não é feito por uma única medida, mas pela soma dos quadrados dentro dos agrupamentos feita sobre todas as variáveis. A seleção de qual par de agrupamentos é baseado em qual combinação minimiza a soma interna de quadrado no conjunto completo de agrupamentos separados. Em cada passo, os dois agrupamentos combinados são aqueles que minimizam o aumento na soma total de quadrados em todas as variáveis em todos os agrupamentos (HAIR et al., 2009; BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; LOUREIRO, 2005)

3.4.4 Definição do número de grupos

A definição do número de grupos para um conjunto de dados é uma das etapas com maior grau de dificuldade na AA. Existem diversas abordagens possíveis e o número de grupos na AA pode ser fixado a *priori*, caso se tenha um conhecimento prévio dos dados, ou pela comodidade do pesquisador ou até mesmo por simplicidade.

Para maior precisão no processo de determinação do número de grupos, pode-se fazer o uso de critérios estatísticos. O software estatístico R dispõe de um pacote para validação dos agrupamentos, chamado *Clvalid*, que possui três critérios de validação interna para os agrupamentos (Conectividade, Largura da Silhueta e Índice de Dunn). Por meio destes, é possível definir o número de grupos que nos fornece a maior homogeneidade interna e a maior heterogeneidade externa entre os grupos.

Após a formação dos grupos, para confirmar se o número dos grupos encontrados reflete uma boa separação dos dados, utiliza-se um teste de hipótese para verificar se há diferenças entre os grupos formados.

3.4.5 Validação dos agrupamentos

A validação é compreendida como conjunto de diferentes procedimentos que avaliam de forma objetiva e quantitativa os resultados de uma análise de agrupamento. A partir da validação, o pesquisador tenta garantir que os achados da pesquisa na solução do agrupamento sejam representativos da população geral, sendo generalizável para outros objetos e estável com o passar do tempo (HAIR et al., 2009). Há três tipos de validação de agrupamentos:

- **Internos** – avaliam o grau de compatibilidade entre a estrutura dos grupos observados e os dados;
- **Externos** – avaliam a semelhança entre a estrutura do grupo formado e a estrutura esperada, mediante alguma informação adquirida a priori.
- **Relativos** – avaliam entre duas ou mais estruturas de grupos qual é o melhor sob algum critério pré-definido;

Neste estudo, foi verificada a validação interna dos grupos formados, visto que as demais validações não podiam ser executadas. A função *clValid* do pacote estatístico R,

fornece diferentes métodos de validação interna de agrupamentos. Para tanto, foram utilizadas medidas como a conectividade, a compactação e a separação dos agrupamentos formados para verificar a validade dos agrupamentos. A conectividade está relacionada à extensão ou ao tamanho das observações que são colocadas no mesmo agrupamento, semelhante aos vizinhos mais próximos no espaço dos dados. Esta medida tem valor entre zero e infinito, sendo esperados valores mais próximos de zero para ser considerado bom, pois quanto menor o valor, maior a proximidade dos objetos agrupados dentro de um mesmo grupo.

A compactação está relacionada com a avaliação da homogeneidade do agrupamento, geralmente pelo cálculo da variância intra-agrupamentos. Já a separação quantifica os graus de separação entre os agrupamentos, usualmente medido pela distância dos centroides. Essas duas medidas demonstram tendências opostas, sendo necessário compreender que a compactação cresce com o número de agrupamento, enquanto que a separação diminui. Uma opção para estas medidas é unir as duas métricas. O índice de Dunn e a Largura da Silhueta são exemplos de combinações não lineares da compactação e separação, e juntamente com a medida de conectividade compõe as três medidas internas disponíveis no pacote *clValid* (ROUSSEEUW, 1986; DUNN, 1974).

A largura da Silhueta, avaliada a partir dos seus centroides, mede o quanto os grupos/*clusters* formados são distintos ou heterogêneos entre si. O índice de Dunn, por sua vez, é a razão entre a menor distância entre as observações que não estão no mesmo grupo e a maior distância observada intra-agrupamentos, seu valor varia de zero a 1, e quanto mais próximo de 1, melhor o agrupamento (ROUSSEEUW et al., 2007; DUNN, 1974).

Para a realização da etapa de validação do número de grupos foram realizadas duas etapas. A primeira foi à validação interna, a partir da utilização das três métricas supracitadas (conectividade, largura da Silhueta e Índice de Dunn), que indicaram a existência de dois grupos. A segunda foi à realização de um Teste de Hipótese para confirmar se os dois grupos formados foram estatisticamente diferentes. Para este momento, foi realizado o teste de Mann-Whitney.

No teste de Mann-Whitney, para verificar se dois agrupamentos formados eram estatisticamente diferentes, foram construídas as seguintes hipóteses de teste:

- Hipótese nula (H_0): as medianas dos dois grupos são iguais.
- Hipótese alternativa (H_i): as medianas dos dois grupos são diferentes.

Se o p-valor encontrado for menor que o nível de significância adotado ($\alpha = 0,05$), rejeita-se a hipótese de que as medianas dos grupos são iguais. Logo, se tem indícios suficientes para aceitar a hipótese de que os grupos são diferentes estatisticamente.

4 MATERIAL E METODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo e inferencial, desenvolvido a partir de abordagens qualitativas e quantitativas. O uso das duas abordagens foi necessário para alcançar os objetivos propostos.

O método qualitativo é definido por Minayo (2010) como uma metodologia capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerentes às atitudes, às relações e às estruturas sociais. É a compreensão dos sujeitos, do subjetivo, do contexto histórico, político e social que as envolve, esta abordagem aproxima objeto de estudo e detalha as especificidades de uma determinada situação (GÁTTAS, 2005), além de captar detalhadamente comportamentos e experiências além dos significados destes para os sujeitos.

Turato (2005) elenca as principais características do método qualitativo. A primeira delas é que essa abordagem se propõe a investigar o *significado* das coisas (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos), que dão molde à vida de sujeitos, que passam a ser compartilhados e podem organizar grupos sociais em torno dessas representações e simbolismos. O *ambiente natural* do sujeito é o campo de observação do pesquisador, onde este não realiza qualquer tipo de controle sobre as variáveis. O *pesquisador é o instrumento* de pesquisa, utilizando seus órgãos sensoriais para captar o objeto e posteriormente interpretá-lo. Sua força se apresenta por meio de sua *validade dos dados*, uma vez que estes são oriundos da observação direta pelo pesquisador, a qual pode ser potencializada por uma escuta acurada e em profundidade, aproximando-o da essência do objeto de pesquisa.

Já o método quantitativo busca relacionar a associação entre variáveis, por meio de mensurações reproduzíveis e que apresentem representatividade para as generalizações estatísticas apresentadas.

Com a utilização de ambas as abordagens, os dados qualitativos permitiram analisar o problema proposto de forma mais abrangente, contribuindo no sentido de aprofundar a compreensão acerca do fenômeno tomado como objeto do estudo. Já os dados quantificados caracterizaram o processo do trabalho em saúde sob a ótica da interdisciplinaridade na Atenção à Saúde, aprofundando a análise.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A Atenção Básica do município de João Pessoa está dividida em cinco Distritos Sanitários (DS), que têm como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo de saúde, e conta com 182 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 109 Unidades de Saúde da Família (USF), tendo em vista a existência das chamadas Unidades Integradas, que abrigam entre 2 a 4 equipes.

A população da pesquisa foi composta pelos profissionais de nível superior inseridos na equipe mínima de saúde das Unidades de Saúde da Família, médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Foram excluídos da pesquisa profissionais com este perfil que exerciam atividades de gerência nas USF. A escolha por essas três categorias profissionais se deu pelo fato de que estas profissões compõem a equipe mínima de nível superior da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, consideradas a porta de entrada para o SUS, como também o modelo de reorientação de atenção à saúde no Brasil.

Para coleta de dados qualitativos observou-se a prática interdisciplinar em saúde destes profissionais em suas atividades de trabalho.

O estudo foi realizado no Município de João Pessoa - Paraíba, no âmbito dos serviços de saúde da rede de Atenção Básica.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A Observação Participante foi realizada em uma Unidade Integrada de Saúde da Família, a qual abriga quatro equipes, que foram denominadas para efeito deste trabalho pelas cores: rosa, verde, azul e laranja. A observação participante é uma estratégia que permite a aproximação do pesquisador com os sujeitos pesquisados e torna mais simples a captação dos elementos que não podem ser assimilados por meio da fala ou da escrita (FIGUEIREDO, 2006).

Segundo Cruz Neto (1994), o pesquisador pode inserir-se de forma plena no processo avaliativo, envolvendo-se em todas as dimensões do objeto de estudo, ou na perspectiva de apenas observador, com total distanciamento do objeto a ser pesquisado. Porém, o pesquisador também poderá inserir-se juntamente com o objeto de estudo, deixando claro o seu papel de pesquisador. A escolha de inserção na unidade de saúde foi por meio da modalidade de participante observador, em que a pesquisadora esteve presente em diversos momentos de trabalho do grupo, porém com o papel delimitado à pesquisa de campo.

Buscou-se apreender, por meio da observação, os limites e as possibilidades de realização das ações interdisciplinares na prática profissional de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas nas USF. Para tanto, foi utilizado um diário de campo como instrumento de registro dos dados. O diário foi construído com base em tópicos que nortearam a observação, a saber: objetivo em comum, linguagem, comunicação, diálogo durante as atividades e relacionamento da equipe (divisão de tarefas, responsabilidades); momentos em que a interdisciplinaridade foi vivenciada no dia-a-dia dos profissionais (atendimentos, grupos, reuniões); movimentos em busca da construção da interdisciplinaridade e as dificuldades enfrentadas para essa realização; quais profissionais estavam envolvidos na ação interdisciplinar, como se apresentava a ação; e quais as características políticas da unidade, da gestão ou da região que interferiram na observação ou na dinâmica da unidade.

As situações observadas foram registradas de forma sintética e a posteriori foram adicionadas descrições ao processo de observação, dada à construção cotidiana de relações estabelecidas a partir da inserção da pesquisadora nas atividades e na rotina de trabalho das quatro equipes de saúde que participaram do estudo.

A observação teve duração de dois meses e foi realizada pela própria pesquisadora que acompanhou todas as atividades propostas pela USF durante este período. O processo de escolha da unidade para o estudo se deu a partir de alguns critérios elencados para seleção, que foram:- Realizar atividades educativas de grupos;

- Acolher estudantes da graduação para estágio;

- Ter apoio ou atividades conjuntas a projetos de extensão;

- Ter apoio Matricial e apoio de um profissional do NASF fisioterapeuta para que as demandas da equipe não fossem transferidas para a pesquisadora;

- Ser uma unidade integrada, ampliando as possibilidades de observação.

Os critérios supracitados foram definidos com o intuito de favorecer a operacionalização da pesquisa e enriquecer a vivência e as possibilidades de observação da prática interdisciplinar.

A unidade selecionada mediante sorteio dentro das USF que atendiam aos critérios de inclusão fica localizada em um bairro do município de João Pessoa, Mangabeira, considerado o mais populoso da cidade. Está vinculada ao Distrito Sanitário III, composto por 53 USF (dessas, onze são unidades integradas). A USF escolhida conta com a presença de quatro Equipes de Saúde da Família (Equipes Rosa, Verde, Azul e Laranja) e abrange uma população de aproximadamente 13 mil habitantes.

O trabalho de campo foi realizado durante o período de 10 de agosto a 11 de outubro de 2014, mediante a realização da observação direta das atividades pela pesquisadora. Neste período, foram observados efetivamente 22 turnos (manhã e tarde), distribuídos em 14 dias. Os turnos de observação foram definidos, para a coleta de dados, considerando as atividades realizadas pelos profissionais nas visitas domiciliares, os atendimentos em consultório e as atividades coletivas (escuta qualificada, atividades educativas, reuniões e campanhas). A seguir apresenta-se o quantitativo das atividades que foram acompanhadas no decorrer do trabalho de campo.

Quadro 1- Quantitativo das atividades acompanhadas segundo o tipo de atividade

Tipo de Atividade	Nº
Visitas Domiciliares	01
Escuta Qualificada	02
Atendimentos em consultório	02
Atividades Educativas	11
Reuniões de Equipe*	04
Campanhas	02

Fonte: Diário de campo da autora, 2014.

* Inclui as reuniões com as quatro equipes da USF e aquelas com cada equipe ou grupo de profissionais da equipe, em separado.

No tocante às atividades educativas, importa dizer que foram acompanhadas as ações realizadas com diferentes públicos, abordagens e finalidades, desenvolvidas no espaço da USF e no território. O quadro 2 fornece as informações sobre as atividades realizadas:

Quadro 2 - Demonstrativo das atividades educativas acompanhadas

Tipo de atividade	Nº de Atividades	Profissional/Equipe
Grupo Hiperdia	08	Equipes Laranja, Azul e Verde
Sala de Espera	02	Todas as Equipes
Atividade do dia D da mulher	01	Enfermeira Equipe Rosa

Fonte: Diário de campo da autora, 2014.

Para Duarte (2002), essa metodologia de pesquisa qualitativa converge para a conversação contínua e integrada entre o sujeito da pesquisa e o pesquisador. O material de estudo é produzido espontaneamente no encontro entre sujeitos, na observação das pessoas e com a interação através de sua própria linguagem e em seus termos. Assim, pretende-se com ela, gerar material para alcançar os objetivos de se analisar o objeto, a finalidade e as práticas interdisciplinares como componentes do trabalho de Equipes Saúde da Família.

Quanto à pesquisa quantitativa, a amostra foi definida pela técnica de Amostragem Aleatória Estratificada. Para cada ESF sorteada foi necessário um médico, um enfermeiro e um cirurgião dentista para responder aos questionários, porém com a visita em *locus* foi observado a ausência de alguns profissionais, seja por inexistência na equipe ou por licença. Assim, foi levada em consideração tal distribuição quanto aos profissionais lotados nos distritos sanitários do cenário da pesquisa, para posterior cálculo da amostra, comportando-se como apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de Profissionais, Equipes e Unidades de Saúde por Distrito

ESTRATOS	MÉDICO	CIR.DENTISTA	ENFERMEIRO	TOTAL	ESF	USF
DS I	55	50	58	163	46	27
DS II	66	45	43	154	39	20
DS III	55	58	59	172	53	32
DS IV	45	38	40	123	26	16
DS V	29	26	25	80	18	14
TOTAL	250	217	225	692	182	109

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

A determinação da amostra foi obtida pelo cálculo do tamanho da amostra, tomando como parâmetro a proporção do número de profissionais de cada categoria, médico, enfermeiro e cirurgião dentista, por distrito sanitário, utilizando-se a seguinte equação (BUSSAB, BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990):

(7)

$$n = \frac{\left(\sum_{h=1}^H W_h \sqrt{\frac{N_h}{N_h - 1} P_h (1 - P_h) c_h} \right) \left(\sum_{h=1}^H W_h \sqrt{\frac{N_h}{N_h - 1} \frac{P_h (1 - P_h)}{c_h}} \right)}{V + \sum_{h=1}^H W_h^2 \frac{P_h (1 - P_h)}{N_h - 1}}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra a ser calculada;

N_h = Tamanho do universo da população;

W_h = Peso dos estratos da população;

V = Variância, a partir da literatura consideramos $V = 0,25$ (VALLIANT; DEVER; KREUTER, 2013);

Ch = Custo fixo da população;

Ph = Proporção que se espera encontrar.

Posterior ao cálculo da amostra ($n = 358$), foi realizada a distribuição de unidades amostrais (profissionais) por meio da Alocação Proporcional, devido aos estratos terem proporções diferentes de cada um dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Assim, os distritos sanitários ficaram representados pelo quantitativo de profissionais apresentados no quadro 03.

Quadro 03 - Quantidade de profissionais por Distrito Sanitário

	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	TOTAL
Médico	28	34	28	23	15	128
Cir. Dentista	26	24	30	20	13	113
Enfermeiro	30	22	31	21	13	117
Número de Profissionais	84	80	89	64	41	358

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

Quanto à composição do plano amostral, a seleção da amostra foi feita mediante sorteio das Equipes de Saúde por DS. Visto que, não foi possível a obtenção do cadastro de profissionais, então a seleção foi realizada através do cadastro das Equipes de Saúde da Família disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, caracterizando assim uma escolha por conglomerados. Utilizou-se do software R para realização do sorteio, garantindo a aleatoriedade da amostra, ou seja, cada ESF teve a mesma chance de ser selecionada. Como toda pesquisa tem perdas, e para que a reposição das mesmas ocorresse seguindo o mesmo procedimento da seleção da amostra, foi gerada, através do sorteio, uma lista reserva, a fim de assegurar o quantitativo mínimo proposto, totalizando 126 ESF sorteadas, listadas no apêndice do projeto.

Dentre os profissionais abordados, alguns se recusaram a participar da pesquisa, mostrados no quadro 4, e o estudo totalizou o quantitativo de 342 questionários respondidos.

Quadro 04 - Quantidade de profissionais que recusaram participar da pesquisa

	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	TOTAL
Médico	3	2	1	5	1	12
Cir. Dentista	1	0	1	0	1	3
Enfermeiro	0	1	1	0	1	3
Número de Profissionais	4	3	3	5	3	18

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

Esta pesquisa permitiu a aproximação com o objeto de estudo – a interdisciplinaridade – por meio da abordagem quantitativa, a partir de um questionário organizado pela pesquisadora com finalidade de investigar o posicionamento dos profissionais da saúde quanto à atuação interdisciplinar em suas práticas na atenção básica; identificando os pontos de aproximação e distanciamento entre o discurso e a prática profissional quanto ao trabalho interdisciplinar em saúde. Portanto, este instrumento foi elaborado mediante o aprofundamento do tema estudado e validado a partir da avaliação de quatro especialistas (enfermeiro, médico, cirurgião dentista e nutricionista) através da pertinência das questões em relação aos objetivos do estudo. O questionário foi formado por 27 assertivas relacionadas à interdisciplinaridade, divididas em sete dimensões: Acolhimento, Comunicação, Atitude, Atividades Coletivas, Disponibilidade de Tempo, Planejamento e Atividades Individuais, baseadas nos autores Japiassu (1976) e Saupe et al. (2005). Os profissionais assinalaram o grau de concordância, variando de 0 - Discordo totalmente a 10 - Concordo totalmente. O valor obtido em cada dimensão foi calculado pelo escore médio, onde se soma o valor assinalado em cada assertiva da dimensão e divide-se pelo número de assertivas da referida dimensão.

Na dimensão acolhimento foi questionado se todos os membros da equipe participavam desse processo. Em relação à comunicação tentou-se compreender a horizontalidade das discussões, as trocas de informações e o diálogo; a dimensão atitude estava relacionada ao lado afetivo, de saber ouvir e falar, ser tolerante, respeitar o outro e reconhecer suas limitações; quanto às atividades coletivas os questionamentos centraram-se na interação, na ação conjunta, na intersecção dos saberes nas ações em grupos, nas relações no local de trabalho, no compartilhamento das informações com a equipe, na identificação e discussão de casos que pudessem influenciar o processo saúde-doença na comunidade; a dimensão disponibilidade de tempo pretendeu avaliar a disponibilidade de tempo para planejar e realizar atividades; no planejamento, ressaltou-se as discussões e pactuações do

processo de trabalho, as reuniões e o Projeto Terapêutico Singular (PTS); já na dimensão atividades individuais, existiam perguntas sobre o momento das consultas, a articulação com outros profissionais, a fomentação de um PTS e a consulta compartilhada.

Os escores obtidos em cada questão foram classificados em três intervalos. Se o valor obtido estiver no intervalo [0,00; 3,33], indica que tem baixa, ruim, pouca ou fraca prática interdisciplinar; se o valor obtido estiver no intervalo]3,33; 6,66], a assertiva tem uma contribuição média para o trabalho interdisciplinar; por último, se o valor obtido estiver entre]6,66 ; 10,00], indica que o questionamento tem uma boa, ou forte contribuição no trabalho interdisciplinar.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: os dados qualitativos através da análise temática, que consiste de um método rápido e eficaz aplicados a discursos diretos e simples (BARDIN, 1977). A análise temática vem contemplar os núcleos de sentido, a presença ou frequência (MINAYO, 1993). No estudo foi levado em consideração a prática observada, tendo em vista a frequência com o ocorrido. Segundo Bardin (1977), a análise temática divide-se em três etapas:

- 1) Pré-Análise: que consiste na seleção do material, na revisão das hipóteses e objetivos, e na elaboração dos indicadores para fundamentar a interpretação final;
- 2) Codificação: que diz respeito à transformação e agregação dos dados sistematicamente, para atingir a compreensão do texto;
- 3) Tratamento dos resultados e Interpretação: que referem-se aos dados analisados tanto pela abordagem qualitativa quanto pela quantitativa. No estudo, a observação participante será avaliada pela análise qualitativa.

Assim, realizou-se uma leitura flutuante do material escrito a partir da observação participante e posteriormente, foi feita uma segunda leitura elencando os pontos importantes para o estudo. Os dados foram organizados em uma planilha com base nos tópicos do diário de campo e elencados de acordo com a literatura utilizada para interdisciplinaridade. Dessa maneira, tornou-se possível a discussão a luz da literatura, corroborando ou não com os dados encontrados na análise quantitativa.

No que tange aos dados quantitativos, a entrada de dados, o controle de qualidade e o processamento dos dados quantitativos dos questionários, foram inicialmente tabulados em uma planilha eletrônica (*Microsoft Office Excel 2007*) e posteriormente analisados utilizando-se o programa Epi Info TM. Para a caracterização da amostra, foram calculadas as prevalências, quanto às respostas relacionadas ao trabalho interdisciplinar na ESF. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para verificar a heterogeneidade das respostas, considerando o nível de significância 5%.

Os dados coletados na abordagem quantitativa para resposta ao objeto do estudo em questão foram analisados através do *software R*, versão i386 3.1.0 (The R Project for Statistical Computing), no pacote Cluster. Inicialmente, utilizou-se a função *clValid* que indicou o melhor Método de Agrupamento e o número de grupos formados para cada categoria profissional no que diz respeito ao trabalho interdisciplinar.

Em seguida, foram testados os algoritmos hierárquicos: Ligação simples, Ligação completa, Centróide e Método de Ward. Sendo o Método de Ward o mais adequado e coerente na geração de resultados. Além disso, esse método apresentou o melhor valor de coeficiente aglomerativo, por estes motivos foi o método utilizado nos agrupamentos.

Utilizou-se como medida de dissimilaridade a distância euclidiana. Após a formação dos agrupamentos, foi avaliada a diferença entre os grupos através do teste de Mann-Whitney, a partir do *software R*, testando a seguinte hipótese:

Ho: As medianas dos grupos são iguais;

Hi: As medianas dos grupos são diferentes.

Ao realizar o teste com três grupos, ele rejeitou a hipótese que os grupos eram diferentes, confirmando a formação de dois grupos a partir da análise.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa passou por apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com sujeitos humanos e foi submetida à Plataforma Brasil, aprovada com protocolo nº 0030/14, respeitando a Resolução nº 466/12. Na coleta dos dados, foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para inclusão na pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Nesta seção, serão apresentados os resultados da análise qualitativa. Primeiramente o perfil dos sujeitos do estudo em atuação nas atividades observadas, a descrição das atividades observadas na época do levantamento. Posteriormente, serão explanados os principais achados e divididos em categorias.

5.1.1 Perfil dos sujeitos das atividades observadas

O perfil dos profissionais que estavam em atuação na USF integrada no momento da Observação Participante, foram distribuídos segundo profissão, gênero, idade, ano de conclusão da graduação, tipo de instituição que concluiu a graduação, titulação e equipe a qual pertence. Como mostra a tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Apresentação dos profissionais em atuação na USF, no período da observação (agosto/2014-outubro/2014)

Profissão	Gênero	Idade	Ano	Instituição	Titulação	Equipe
Enfermeira	F	43	2007	Particular	Especialista	Rosa
Médica	F	55	1989	Federal	Especialista	Verde
Enfermeira	F	28	2011	Particular	Especialista	Verde
Cir. Dentista	F	32	2007	Federal	Especialista	Verde
Médico	M	54	1987	Federal	Especialista	Azul
Enfermeira	F	32	2011	Particular	Graduada	Azul
Cir. Dentista	F	35	2005	Federal	Mestranda	Azul
Médica	F	30	2010	Federal	Especialista	Laranja
Enfermeira	F	50	1995	Particular	Especialista	Laranja
Cir. Dentista	F	31	2009	Federal	Especialista	Laranja

Fonte: Diário de campo da autora, 2014.

5.1.2 Descrição das atividades observadas

5.1.2.1 Visita Domiciliar

A visita domiciliar acompanhada foi realizada juntamente com a enfermeira da Equipe Azul e um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Ao visitar as casas de duas puérperas, foram feitas perguntas referentes ao parto, intercorrências, dúvidas ou queixas que as mães pudessem apresentar. Posteriormente foram feitas algumas orientações com relação ao aleitamento materno, aos cuidados e a higienização da criança, à vacinação, à alimentação materna e ao agendamento de consultas na USF.

5.1.2.2 Escuta Qualificada

A observação se deu no período da escuta qualificada e classificação de risco. As equipes rosa e azul trabalham com agendamento para os cirurgiões dentistas e os demais profissionais afirmam atender toda a demanda que procura o serviço. Na equipe verde, este momento acontece semanalmente e tem por responsável a médica da equipe e um ACS. Inicialmente, falou-se sobre a importância daquele espaço para organização da fila de espera a partir da classificação de risco dos usuários. Posteriormente, as queixas das pessoas foram ouvidas e então encaminhadas aos profissionais de acordo com as suas necessidades. Ao fim das classificações e encaminhamentos para os profissionais responsáveis e possíveis agendamentos, a médica reconheceu a responsabilidade de toda a Equipe no compromisso de acolher e dar respostas àqueles que procuram os serviços de saúde, contudo afirmou que todo o processo é pensado e compartilhado em reunião de equipe.

A equipe laranja tem seu acolhimento realizado por um ACS, sendo a ação realizada uma vez por semana. Neste momento é perguntado ao usuário o seu nome, o ACS responsável por sua família, o número do prontuário, o cartão do SUS e qual profissional procura. Essa situação não se enquadra ao conceito de acolhimento discutido pelo Ministério da Saúde, pois, é realizada uma *triagem* a qual a ESF adotou como acolhimento. Ao conversar com a ACS ela relatou a rotatividade de Agentes Comunitários para o “acolhimento”, e referiu que os profissionais que não estão na escala aproveitam para chegar mais tarde na USF, caracterizando uma falta de compromisso e pontualidade com o trabalho em saúde.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa (2010) o acolhimento tem por objetivo: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a

acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário; buscar resolver o problema de saúde do usuário; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve ser conduzida por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, viabilizando um serviço de saúde organizado e com compromisso de cuidado. É um processo transversal, que leva em consideração a escuta, identificação das necessidades, classificação do risco, vínculo, responsabilização, trabalho em equipe, organização e articulação da rede de acordo com as necessidades. Verifica-se que, apesar do que está estabelecido nesse Plano, o acolhimento acontece de forma heterogênea no município pesquisado. Constatou-se a partir da experiência vivenciada, que muitas vezes o profissional que está na ponta do serviço não compreende os princípios e diretrizes que regem o componente Acolhimento no que se refere ao cuidado em saúde e o conduz de forma contrária ao que está proposto nos documentos da gestão.

5.1.2.3 Atendimento no consultório

Os atendimentos da enfermagem da área rosa referem-se à solicitação de encaminhamento para outros pontos de atenção. A ESF não tem médico, a cirurgiã dentista encontra-se de licença e a integração da profissional enfermeira com os demais profissionais é escassa, caracterizando a notória segregação da equipe e um trabalho compartimentado. Vale mencionar que muitas vezes precisou-se de informações das ACS, porém o diálogo nunca existiu. Quanto ao atendimento da equipe laranja, foram acompanhados os atendimentos do pré-natal. As usuárias foram avaliadas e informadas sobre as mudanças na gestação de forma horizontalizada, possibilitando a retirada de dúvidas. Apesar de ter sido uma ação isolada, a enfermeira usa de dimensões que colaboram para a realização da interdisciplinaridade, como a comunicação com outros profissionais (médica e cirurgiã dentista) e o uso do saber ouvir no ambiente de trabalho.

5.1.2.4 Atividades Educativas

No cronograma das ESF, nas equipes verde, azul e laranja, estão afixadas programações de grupos do Programa Saúde na Escola e Grupo de Idosos, porém estas atividades não aconteceram durante os dois meses nos quais a pesquisa aconteceu na USF.

Grupo Hiperdia

A equipe rosa não apresenta estratégias de grupos, portanto o Hiperdia é realizado de forma individual por cada um dos profissionais presentes na equipe. Nas demais equipes, o Hiperdia acontece em igrejas pertencentes as regiões de abrangência, aumentando o vínculo e reduzindo a resistência dos participantes com o tratamento e o deslocamento até a USF.

O grupo da equipe verde inicia suas atividades com um momento de escuta do usuário, seguidos do preenchimento do prontuário, da medição de pressão arterial e glicemia, para em seguida começar uma conversa com os usuários sobre temas específicos. Posteriormente, o atendimento segue de forma dinâmica e integrada, com os profissionais interagindo entre si.

Durante a atividade, dois internos do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba acompanharam as atividades da equipe. Pode-se observar a socialização dos usuários e o compartilhamento de informações entre os profissionais envolvidos. Nos dias de grupo, a cirurgiã dentista continua seus atendimentos na USF, não tendo integração com o restante da ESF durante esta atividade. A estratégia utilizada para sair do local de “doença” (USF) e “buscar” o usuário próximo a sua casa (Igreja) torna a consulta mais acolhedora e humanizada, apesar de não ter atingido a reflexão em todos os profissionais de que prevenção é dever de todos e direito dos cidadãos.

O grupo do Hiperdia na equipe azul é iniciado com atividade em grupo com os hipertensos, diabéticos e profissionais. São dadas orientações sobre determinado tema e há um momento dinâmico com atividade física. Posteriormente, o debate acontece mediado pela cirurgiã dentista, o médico e a enfermeira. O técnico de enfermagem e os ACS seguem para otimizar o processo de atendimento. Assim, são realizadas aferição de pressão arterial, glicemia, peso e consultas. No espaço da igreja, as relações dos participantes com os colegas também hipertensos tornam-se mais afetuosas, há o compartilhamento de informações e os profissionais ao atender conseguem comunicar-se até muitas vezes com o ACS para averiguar alguma situação particular do usuário, o que de certa forma na estrutura da unidade de saúde torna-se pouco viável. Foi possível observar o empenho e o compartilhamento de tarefas de toda a equipe. Os profissionais desta equipe costumam fazer todas as atividades em grupo, mesmo os profissionais que não apresentam relação direta com alguma atividade envolvem-se para compartilhar o momento e seus saberes quanto ao tema. A equipe vive uma relação de interdependência e co-responsabilidades, se ajudam e conversam sobre a melhor forma de potencializar o trabalho em equipe, desde o planejamento até a execução da atividade.

Na equipe laranja, os profissionais mostram-se bem entrosados, porém não há uma sistematização na organização do processo de trabalho observado. É um grupo disperso, com muitas conversas paralelas entre os profissionais envolvidos, que fogem do contexto do Hiperdia. Apesar de não ser um momento de troca, interação e participação conjunta dos envolvidos, é notória a identidade da equipe e a integração entre os membros. O grupo inicia com aferição de pressão e perímetria, posteriormente os pacientes são divididos para enfermeira e médica. A cirurgiã dentista da equipe não tem um papel no momento do Hiperdia, fazendo-se apenas presente no horário designado, evidenciando a desarticulação do seu papel enquanto profissional de saúde. Verifica-se que este profissional poderia estar auxiliando em alguma discussão em grupo ou até mesmo cooperando com o processo organizacional da atividade. Durante os atendimentos não há articulação e compartilhamento dos profissionais.

Sala de Espera

Palestra Inicial, realizada por membros de todas as equipes, com rotatividade de profissionais, que informavam aos usuários sobre determinado tema a exemplo do exame citológico, atividade física, alimentação saudável, com objetivo de orientar os usuários sobre diversos temas. Não existe uma frequência para tal atividade, sendo realizada quando a ESF observa a necessidade de abordar um assunto com a comunidade.

Atividade do dia D da mulher

A ação foi realizada por todos os membros da equipe rosa. As tarefas foram divididas e cada uma das profissionais executou o que era de sua competência profissional, não havendo uma interseção entre os saberes.

No tocante à atividade, iniciou-se com o preenchimento de fichas do citológico. Posteriormente, uma palestra foi planejada e mediada pela ACS sobre o exame papanicolau. Em seguida, as mulheres foram atendidas pela cirurgiã dentista e/ou enfermeira. A atividade aconteceu no turno da noite, por este motivo atraiu mulheres trabalhadoras que tem seu tempo de procura à ESF reduzido. Não houve interação dos profissionais, e a partir de um desabafo de uma profissional da equipe notou-se a dificuldade do trabalho em equipe, a hierarquia evidenciada pela profissional enfermeira e a fragilidade das relações.

5.1.2.5 Reuniões de Equipe

As reuniões eram realizadas semanalmente nas terças-feiras, no turno da tarde, com objetivo de discutir as práticas realizadas na USF e informar sobre situações advindas da Secretaria de Saúde, constituindo a oportunidade de todos se encontrarem para interagir, levantar facilitadores e obstáculos ao processo de trabalho. No início das reuniões da unidade integrada, havia sempre uma dinâmica de integração para que a equipe cuidasse de si e elevasse o nível de envolvimento com o colega. Iniciava-se sempre com as pautas e as demandas da semana, organizadas por um profissional apoiador com função de gerenciar o processo de trabalho do serviço. Durante as pautas, os profissionais expunham suas opiniões, desejos, relatavam casos do seu trabalho para melhor enfrentamento de algumas questões, propunham estratégias. Porém, algumas vezes foram presenciados momentos de desestímulo e discursos de retrocesso. Apesar dos apoiadores em todos os momentos observacionais serem cautelosos com o estigma que a palavra “gerente” traz, em nenhum momento verificou-se as ações de autoritarismo. Nos momentos de reunião essa imagem parecia latente, pela não colaboração dos presentes, pela falta de manifestação e co-responsabilização de todos os profissionais no processo organizacional da unidade e aceitação de todas as propostas referidas pela apoiadora, quebrando a ideologia de uma reunião dialógica e horizontalizada, que dá oportunidade para decisões conjuntas.

Posteriormente à reunião da USF Integrada, as equipes se subdividem para reuniões das equipes isoladas. Neste momento, há um maior diálogo e envolvimento dos profissionais na discussão, cobranças e elogios com relação aos colegas e/ou atividades programadas e executadas. Em determinada reunião da equipe azul, verificou-se um discurso interessante sobre responsabilização e diálogo, quando houve pactuação para melhoria do processo de trabalho, fato este que revela a intenção da equipe em melhorar o trabalho conjunto.

5.1.2.6 Campanhas

Vacinação

Estiveram presentes todos os profissionais administrativos e assistenciais, com exceção das cirurgiãs dentistas, sendo que a única que esteve presente foi a da equipe verde. O dia foi de campanha de vacinação do Papiloma vírus humano (HPV) para meninas de 11 a 13 anos, conduzido pelas técnicas de enfermagem e enfermeiras. Houve alguns conflitos em

torno da organização e do gerenciamento da atividade, revelando a dificuldade de trabalho ao envolver equipes distintas com a mesma função de planejamento e desempenho de atividade. Os demais profissionais aproveitaram o momento da campanha para atualizar o cadastro do “Bolsa Família” e as fichas do e-SUS (Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde).

É importante frisar a postura do médico da equipe azul, que foi solicitado ao auxiliar as enfermeiras, e a partir das demais observações mostrou-se um médico com compromisso social, discurso horizontalizado e que acredita no seu papel além da prescrição e “da cura”, o que causa estranhamento pela postura de distanciamento predominante entre os médicos de muitas equipes. Isoladamente as equipes têm, na maioria das vezes, discursos em comum e são bem entrosadas, mas quando todas as equipes da unidade se reúnem, os posicionamentos e decisões de uma mesma categoria profissional são diferentes em equipes distintas, dificultando a comunicação e a integração.

Outubro Rosa

A USF estava bem decorada, todos os profissionais permaneciam engajados desde o planejamento com aquele momento de sábado em campanha. A programação envolveu palestras, atividade física, café da manhã coletivo a consultas médicas, citológico e testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite. Durante toda a manhã, todos cooperaram com o trabalho do colega, tentando facilitar o fluxo de usuárias que ultrapassou o quantitativo de 90 pessoas, auxiliando na gestão de uma manhã rica e prazerosa para as mulheres. A atividade foi em todos os momentos cooperativa e colaborativa, com momentos de interdisciplinaridade e fazer coletivo. Essa atividade foi planejada em duas reuniões de equipe, quando foram realizadas as divisões do trabalho, responsabilizando todos os profissionais na execução do outubro rosa.

5.1.3 Principais achados categorizados

A partir da Observação Participante, as informações coletadas foram categorizadas de acordo com a literatura e apresentadas no quadro 5 como síntese dos achados, tendo em vista as atividades acompanhadas versus os tópicos importantes para caracterização do trabalho Interdisciplinar.

Quadro 5 – Caracterização das ações interdisciplinares com base nos estudos de Japiassu (1976) e Saupe et al. (2005), com base na observação participante das Equipes de Saúde da Família

		Visita Domiciliar	Acolhimento	Atendimento	Atividades Educativas	Reuniões	Campanhas
Objetivos em comum	<i>Rosa</i>	-	-	Centrado em uma pessoa	Centrado em uma pessoa	Parcialmente	Totalmente
	<i>Verde</i>	-	Totalmente	-	Parcialmente	Totalmente	Totalmente
	<i>Azul</i>	Centrado em uma pessoa	-	-	Totalmente	Totalmente	Totalmente
	<i>Laranja</i>	-	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Totalmente
Trocas de Informação	<i>Rosa</i>	-	-	Nenhuma frequência	Pouca frequência	Pouca frequência	Pouca frequência
	<i>Verde</i>	-	Pouca frequência	-	Média frequência	Muita frequência	Muita frequência
	<i>Azul</i>	Nenhuma frequência	-	-	Muita frequência	Muita frequência	Muita frequência
	<i>Laranja</i>	-	Nenhuma frequência	Pouca frequência	Pouca frequência	Média frequência	Média frequência
Diálogo	<i>Rosa</i>	-	-	Vertical	Vertical	Vertical	Vertical
	<i>Verde</i>	-	Horizontal	-	Horizontal	Horizontal	Horizontal
	<i>Azul</i>	Horizontal	-	-	Horizontal	Horizontal	Horizontal
	<i>Laranja</i>	-	Vertical	Vertical	Horizontal	Horizontal	Horizontal
Divisão de tarefas	<i>Rosa</i>	-	-	Não	Não	Sim	Sim
	<i>Verde</i>	-	Sim	-	Sim	Sim	Sim
	<i>Azul</i>	-	-	-	Sim	Sim	Sim
	<i>Laranja</i>	-	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Planejamento	<i>Rosa</i>	-	-	Sim	Não	Sim	Sim
	<i>Verde</i>	-	Não	-	Sim	Sim	Sim
	<i>Azul</i>	Sim	-	-	Sim	Sim	Sim
	<i>Laranja</i>	-	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Trabalho Integrado	<i>Rosa</i>	-	-	Sem Integração	Sem Integração	Parcialmente Integrado	Parcialmente Integrado
	<i>Verde</i>	-	Parcialmente Integrado	-	Parcialmente Integrado	Integrado	Parcialmente Integrado
	<i>Azul</i>	Desintegrado	-	-	Integrado	Integrado	Integrado
	<i>Laranja</i>	-	Desintegrado	Parcialmente Integrado	Parcialmente Integrado	Integrado	Parcialmente Integrado

Fonte: Diário de campo da autora, 2014.

5.2 DADOS DESCRITIVOS

Foram entrevistados 342 trabalhadores, sendo enfermeiros (n=127), médicos (n=97) e cirurgiões-dentistas (n=118) da ESF. A amostra apresentou-se composta predominantemente por sujeitos do sexo feminino (83,3%) e com média de idade de 45,8 anos (dp = 13,6), concentrados na faixa etária de 40 anos ou mais (62,3%).

A maior prevalência de trabalhadoras verificada na amostra foi também observada quando se realizou a análise estratificada por categoria profissional. Porém, enquanto os

cirurgiões-dentistas (82,2%) e os trabalhadores da enfermagem (98,4%) acompanharam a tendência da amostra, essa prevalência foi menor na categoria médica (64,9%), quando comparada à amostra e às demais categorias investigadas neste estudo.

No que se refere à variável idade, não foi observada diferença entre a média de idade entre as categorias profissionais. Quanto à faixa etária, a distribuição dos trabalhadores não foi homogênea. Verificou-se que os médicos concentravam-se entre a faixa dos mais jovens (26,8%) e entre os idosos (33%), com uma menor participação da força de trabalho desta categoria na faixa de 40 a 49 anos (8,2%). Entre os enfermeiros, mais da metade estava na faixa de 30 a 59 anos (80,3%) e as menores participações da força de trabalho desta categoria se deu entre os mais jovens (8,7%) e idosos (11%), o inverso do observado no cenário médico. Os cirurgiões-dentistas apresentaram prevalência crescente entre as faixas etárias estudadas, declinando na faixa dos idosos. Estas características podem ser observadas na tabela 3.

Tabela 3 - Características gerais da amostra, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014

CARACTERÍSTICA	Amostra		Enf.		Med.		Cir. Dent.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
<i>Feminino</i>	285	83,3	125	98,4	63	64,9	97	82,2
<i>Masculino</i>	57	16,7	2	1,6	34	35,1	21	17,8
Faixa etária								
<i>Até 29 anos</i>	54	15,8	11	8,7	26	26,8	17	14,4
<i>De 30 a 39 anos</i>	75	21,9	34	26,8	18	18,6	23	19,5
<i>40 a 49 anos</i>	65	19,0	29	22,8	8	8,2	28	23,7
<i>50 a 59 anos</i>	85	24,9	39	30,7	13	13,4	33	28,0
<i>60 anos ou mais</i>	63	18,4	14	11,0	32	33,0	17	14,4

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

Algumas características de formação dos sujeitos do estudo também foram investigadas. A maioria dos entrevistados declarou ter concluído a graduação da profissão que exercia na Saúde da Família há mais de 21 anos. Entre os médicos, apenas 13,4% possuíam de 5 a 20 anos de formação, com expressivos 37,1% com até 4 anos de graduação, percentual bem mais elevado que os 12,7% dos cirurgiões-dentistas e os 7,9% dos enfermeiros, observados na tabela 4.

Apenas 22,5% da amostra não apresenta curso de pós-graduação *lato sensu* concluído, 92,1% dos enfermeiros e 80,5% dos cirurgiões dentistas possuem o título. Com relação à

classe médica, 54,6% dos médicos possui especialização, o que corrobora com o fato do número expressivo (37,1%) de médicos recém formados na ESF (0 - 4 anos).

Tabela 4 - Características de formação da amostra, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014

CARACTERÍSTICA	Amostra		Enf.		Med.		Cir. Dent.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tempo de conclusão da graduação								
<i>Até 4 anos</i>	61	17,8	10	7,9	36	37,1	15	12,7
<i>De 5 a 10 anos</i>	48	14,0	20	15,7	9	9,3	19	16,1
<i>De 11 a 20 anos</i>	54	15,8	32	25,2	4	4,1	18	15,3
<i>21 anos ou mais</i>	179	52,3	65	51,2	48	49,5	66	55,9
Pós-graduação lato sensu concluída								
<i>Sim</i>	265	77,5	117	92,1	53	54,6	95	80,5
<i>Não</i>	77	22,5	10	7,9	44	45,4	23	19,5

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

No que se refere às variáveis qualitativas, na tabela 5 são apresentados os resultados das assertivas quanto ao trabalho interdisciplinar na ESF. Verifica-se que as médias enfatizam certa fragilidade no acolhimento, na realização de atividades coletivas, frente aos questionamentos de tempo para realização das atividades e com relação ao planejamento do trabalho a ser realizado.

Tabela 5 - Médias das dimensões do trabalho interdisciplinar na equipe de saúde da família da amostra, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014

Dimensão	Amostra	Enf.	Med.	Cir.Dent.
<i>Acolhimento</i>	6,1	6,0	6,6	5,8
<i>Atividades Coletivas</i>	7,4	7,6	7,3	7,3
<i>Disponibilidade de Tempo</i>	7,8	7,9	6,8	8,7
<i>Planejamento</i>	7,9	7,9	7,9	7,9
<i>Atividades Individuais</i>	8,3	8,4	8,0	8,5
<i>Comunicação</i>	8,6	8,6	8,6	8,6
<i>Atitude</i>	9,6	9,6	9,5	9,7

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

A tabela 6 apresenta os níveis de significância das diferenças das respostas das variáveis qualitativas entre as categorias profissionais que apresentaram diferença estatística significativa.

Tabela 6 - Avaliação do nível de significância da heterogeneidade da distribuição de respostas das dimensões da interdisciplinaridade no trabalho na ESF. João Pessoa, 2014

Dimensão	Enf.xMed.**	Med.xC.D.**	C.D.xEnf.**
<i>Atividades Coletivas</i>	0,090	0,670	0,008
<i>Disponibilidade de Tempo</i>	0,004	0,000	0,001

** *p* valor do teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

5.3 ANÁLISE DE AGRUPAMENTO

Quanto à prática interdisciplinar dos profissionais da ESF, foram utilizadas as sete dimensões do Questionário na aplicação da técnica de Análise de Agrupamento: Acolhimento, Comunicação, Atitude, Atividades Coletivas, Disponibilidade de Tempo, Planejamento e Atividades Individuais.

A partir da função `cIValid` do pacote estatístico R, um bom agrupamento foi formado para a prática profissional dos Enfermeiros (Tabela 7), Médicos (Tabela 8) e Cirurgiões Dentistas (Tabela 9), divididos em dois grupos. Os grupos formados mediante análise das medidas de validação interna têm objetos próximos dentro do mesmo grupo, boa separação

entre os grupos e boa homogeneidade interna. O agrupamento foi realizado através do Método de Ward, com a dissimilaridade sendo calculada pela Distância Euclidiana.

Tabela 7 – Resultado da Validação Interna do melhor número de grupos dos profissionais Enfermeiros no tocante à prática Interdisciplinar. João Pessoa, 2014

Medidas de Validação Interna	Valor
Conectividade	6,5258
Índex de Dunn	0,2921
Valor de Silhueta	0,4896

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

Tabela 8 – Resultado da Validação Interna do melhor número de grupos dos profissionais Médicos no tocante à prática Interdisciplinar. João Pessoa, 2014

Medidas de Validação Interna	Valor
Conectividade	8,6877
Índex de Dunn	0,2416
Valor de Silhueta	0,4198

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

Tabela 9 – Resultado da Validação Interna do melhor número de grupos dos profissionais Cirurgiões Dentistas no tocante à prática Interdisciplinar. João Pessoa, 2014

Medidas de Validação Interna	Valor
Conectividade	6,8044
Índex de Dunn	0,3109
Valor de Silhueta	0,4843

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

A divisão dos grupos dos enfermeiros encontra-se na Tabela 10, apresentando diferença estatística nas dimensões Acolhimento, Atividades Coletivas, Planejamento e Atividades Individuais quando comparados os valores nos dois grupos. As dimensões Comunicação, Atitude e Disponibilidade de Tempo indicaram boas práticas interdisciplinares para os dois grupos, sem diferença estatística entre eles. Na dimensão Acolhimento, o G1 apresentou bom preparo (9,5), enquanto que o G2 apresentou fraco preparo (0,0) para a prática interdisciplinar, sendo este o menor valor obtido em todos os agrupamentos do estudo.

No G1 (7,864), as Atividades Coletivas foram classificadas como ponto positivo nas práticas das ESF. Apesar de o G2 (7,455) apresentar-se na mesma faixa de concordância do G1, ele apresenta valores mais baixos, sendo esta diferença estatisticamente significativa, fato que se assemelha aos dados revelados pelas dimensões Planejamento e Atividades Individuais.

Tabela 10 – Grupos formados quanto à prática interdisciplinar dos Enfermeiros. João Pessoa, 2014

Dimensões	G1*	G2*	P-valor	CA
Acolhimento	9,5	0,0***	$2.2e^{-16}$	
Comunicação	9,167	8,333	0.1019	
Atitude	10,0	10,0	0.2792	
Atividades Coletivas	7,864	7,455**	0.0189	0,97
Disponibilidade de Tempo	8,250	8,0	0.8531	
Planejamento	8,5	7,5**	0.00212	
Atividades Individuais	8,875	8,0**	0.00708	

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

*Quantitativo de Sujeitos (G1 = 88 enfermeiros, G2 = 39 enfermeiros) **P-valor < 0,01; ***P-valor < 0,001. Teste de Mann-Whitney. G1 = Grupo 1 e G2 = Grupo 2. CA= Coeficiente Aglomerativo.

Na categoria profissional dos médicos (Tabela 11), os grupos formados nas dimensões Comunicação, Atitude, Atividades Coletivas, Planejamento e Atividades Individuais foram classificados com boa prática interdisciplinar, sem diferença estatística. Na dimensão Acolhimento, o G1 demonstra uma forte articulação interdisciplinar (9,0), enquanto que o G2 indica uma prática interdisciplinar baixa ou pobre (0,5), sendo diferentes estatisticamente. Para a dimensão Disponibilidade de Tempo, o G1 mostra que os profissionais classificam sua atuação com forte relação com a interdisciplinaridade, com valor de 8,0. Já no G2 avaliam-se capacitados de forma mediana, 5,0, para o trabalho interdisciplinar, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Tabela 11 – Grupos formados quanto à prática interdisciplinar dos Médicos. João Pessoa, 2014

Dimensões	G1*	G2*	P-valor	CA
Acolhimento	9,0	0,5***	$3.117e^{-15}$	
Comunicação	9,0	8,667	0.2068	
Atitude	10,0	10,0	0.9464	
Atividades Coletivas	7,455	7,5	0.5218	0,95
Disponibilidade de Tempo	8,0	5,0**	0.001382	
Planejamento	8,25	7,5	0.1196	
Atividades Individuais	8,5	7,5	0.08228	

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

*Quantitativo de Sujeitos (G1 = 67 médicos, G2 = 30 médicos) **P-valor < 0,01; ***P-valor < 0,001. Teste de Mann-Whitney. G1 = Grupo 1 e G2 = Grupo 2. CA= Coeficiente Aglomerativo

Para os cirurgiões dentistas, na dimensão Acolhimento, os grupos são estatisticamente diferentes, no G1 observa-se uma boa prática para a interdisciplinaridade com 10,0, enquanto que para o G2, o valor desta dimensão (0,0) indica uma prática ruim para a interdisciplinaridade. Já a dimensão Planejamento, apresenta para o G1 e G2 valores que classificam os profissionais com boa capacidade em atuar interdisciplinarmente, com valores de 8,5 e 7,5, respectivamente.

Nas demais dimensões avaliadas, Comunicação, Atitude, Atividades Coletivas, Disponibilidade de Tempo e Atividades Individuais, os profissionais demonstram que suas práticas têm forte consonância com a atuação interdisciplinar, entretanto os grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Tabela 12 – Grupos formados quanto à prática interdisciplinar dos Cirurgiões Dentistas. João Pessoa, 2014

Dimensões	G1*	G2*	P-valor	CA
Acolhimento	10,0	0,0***	$2.2e^{-16}$	
Comunicação	9,0	8,667	0.6081	
Atitude	10,0	10,0	0.2094	
Atividades Coletivas	7,636	7,091	0.01903	0,97
Disponibilidade de Tempo	9,5	9,0	0.257	
Planejamento	8,5	7,5**	0.00321	
Atividades Individuais	9,0	8,5	0.1075	

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2014.

*Quantitativo de Sujeitos (G1 = 69 cirurgiões dentistas, G2 = 49 cirurgiões dentistas) **P-valor < 0,01; ***P-valor < 0,001. Teste de Mann-Whitney. G1 = Grupo 1 e G2 = Grupo 2. CA= Coeficiente Aglomerativo

A análise de agrupamento evidencia diferenças na prática interdisciplinar entre os grupos na mesma categoria profissional, demonstrando, desta forma, uma prática interdisciplinar heterogênea. Isto sugere que as vivências interdisciplinares não sofrem grande influência do nível de atenção onde ocorrem, no caso a Atenção Básica, e sim das experiências pessoais e acadêmicas, da afinidade e comprometimento com o trabalho em equipe, da forma como as equipes organizam seu processo de trabalho e do tempo que os trabalhadores dispõem para a construção e realização das ações.

A partir dos resultados descritivos da AA pode-se observar, ainda, que os valores mínimos e máximos da dimensão Acolhimento eram opostos, e as medianas entre os grupos formados nas três classes profissionais tiveram valores discrepantes. Por este motivo, optou-se por realizar o agrupamento, considerando a dimensão Acolhimento isoladamente, obtendo-se como resultados agrupamentos semelhantes aos formados com as sete dimensões. Quando comparados aos grupos formados anteriormente no agrupamento para Enfermeiros, apenas dois enfermeiros do G2 mudam de grupo. Na análise para profissionais Médicos, sete sujeitos que estavam no grupo 2 foram para o grupo 1, enquanto que um médico do G1 passou para o G2. Em relação aos os cirurgiões dentistas os dados comportaram-se de forma semelhante, dois passaram do grupo 1 para o grupo 2, e um fez o caminho inverso. Posteriormente, foi realizado o agrupamento com as demais dimensões, confirmando a suposição de que é a dimensão Acolhimento que permite a divisão dos profissionais em dois grupos.

6 DISCUSSÃO

O levantamento do perfil dos profissionais da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família de João Pessoa apresentou uma prevalência de trabalhadores do sexo feminino. Essa tendência também foi observada pela análise estratificada por categorias, corroborando com Pinto, Menezes e Villa (2010) e com Canesqui e Spinelli (2006) que, ao traçarem o perfil dos profissionais de saúde, destacam o predomínio do sexo feminino, confirmando a tendência nacional de feminilização da força de trabalho na atenção à saúde.

Os sujeitos apresentaram média de idade de 45,8 anos, concentrados na faixa etária de 40 anos ou mais (62,3%). Observando de forma isolada pode-se perceber uma maior concentração de profissionais médicos na faixa etária de jovens e idosos. A inserção dos profissionais médicos na Estratégia de Saúde da Família vem se caracterizando por extremos em termos de faixa etária, profissionais recém-formados ou próximos da aposentadoria. Estudo realizado por Barbosa et al. (2012) revelou que aproximadamente metade dos médicos que atuam na ESF de Feira de Santana/BA apresentam idade entre 25 e 30 anos e entre 60 e 78 anos (19,1% e 27,7% respectivamente), caracterizando uma polarização, indicando que a medicina na ESF está sendo exercida por profissionais jovens ou da terceira idade, o que sugere que médicos recém-formados procuram esse trabalho de forma provisória enquanto se preparam para fazer uma residência e os mais velhos, geralmente vão trabalhar na Saúde da Família após se aposentarem.

Grande parte dos enfermeiros apresentava-se entre 30 e 59 anos e as menores participações da força de trabalho desta categoria foram entre os jovens e os idosos. Isso pode ser explicado pela procura de especializações e aperfeiçoamentos entre os enfermeiros, visto que 92,1% destes possuem especialização. Os cirurgiões-dentistas apresentaram faixas etárias crescentes, declinando na faixa dos idosos, coincidindo com os resultados encontrados por Barbosa et al. (2012).

Verificou-se que a maioria dos profissionais participantes do estudo tinham mais de 21 anos de formação, excetuando-se os profissionais médicos. O tempo de formação pode ser um fator relevante no sentido da interdisciplinaridade, pelo fato de que esses profissionais podem ter enfrentado dificuldade para atuar na perspectiva do cuidado integral, já que o movimento de mudanças na formação vem sendo mais forte nos últimos 10 anos (MACHADO et al., 2007). Por outro lado, os profissionais recém-formados, embora tenham, possivelmente, tido uma formação mais voltada para os princípios do SUS, carecem de experiência profissional.

O estudo mostra que os médicos se inserem com facilidade no mercado de trabalho, inclusive na ESF, apenas com o título de generalista obtido pela formação acadêmica em nível de graduação, como menciona Gonçalves et al. (2014). Na amostra como um todo, 77,6% possuíam curso de pós-graduação *lato sensu* concluído, corroborando com a literatura que aponta que 98,4% possuem ou estão cursando pós-graduação *lato sensu* (GONÇALVES et al., 2014). Na análise estratificada das categorias pode-se perceber que grande parte dos enfermeiros e cirurgiões dentistas do estudo possuía título de especialista, enquanto que uma minoria dos médicos entrevistados referiram a titulação. Esse dado também foi destacado por Mendonça et al. (2010), que apontam um elevado número de médicos atuantes na atenção básica sem especialização *lato sensu* concluída. Isso representa uma fragilidade de formação que pode não responder às necessidades do SUS. Quanto mais capacitados forem os profissionais que atuam na ESF, melhores serão os serviços ofertados. Portanto, pós-graduações, principalmente aquelas que abordem temas relacionados à saúde coletiva, o cuidado interdisciplinar e a atuação em equipe multiprofissional, são cruciais para o desempenho dos profissionais que atuam no SUS e assim contribuem para uma melhor assistência prestada aos usuários (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Conforme explicado anteriormente, os profissionais de nível superior das equipes mínimas foram indagados, por meio do questionário de pesquisa, sobre a realização de práticas interdisciplinares através de sete dimensões.

A dimensão Acolhimento envolveu questões relacionadas à interação dos profissionais nesse processo. Percebe-se, na análise dessa dimensão, que os profissionais estudados identificam que não há integração entre eles no momento da escuta qualificada. A prática do acolhimento tem sido estimulada nos serviços de saúde com o propósito de racionalizar o processo de atendimento e melhorar a resolutividade, porém é uma mudança que necessita da integração de todos os profissionais. Além disso, o acolhimento ainda não é compreendido de forma unificada pelos profissionais de saúde, como observado no estudo de Garuzi et al. (2014), sendo assinalado como fragilidade no serviço.

A avaliação da dimensão referente às Atividades Coletivas incluiu questões relativas ao desenvolvimento dessas atividades na perspectiva da interação entre os profissionais, a pactuação de conceitos, os métodos e objetivos, a hierarquia e a co-responsabilidade em atividades como grupos, reuniões e campanhas. Verifica-se que a interdisciplinaridade está parcialmente presente nas atividades coletivas, visto que suas médias não foram tão altas, oscilando entre 3,3 e 9,4. Embora as respostas apontem a realização de grupos operativos com participação de todos os profissionais, essa participação fica restrita à exposição de

conhecimentos relativos ao seu núcleo profissional, sem que haja interseção entre os saberes, apresentando-se como uma limitação desta dimensão. Para que a prática profissional seja mais efetiva, é necessário que a interdisciplinaridade aconteça, ou seja, a interação dos conhecimentos mostre a interdependência entre os saberes e as necessidades de articulação entre as áreas da saúde que atuam num mesmo ambiente de trabalho (BRASIL, 2009).

Ainda sobre a dimensão de Atividades Coletivas, a maior parte dos sujeitos desta amostra considerou que existe certa hierarquia quanto às responsabilidades estabelecidas dentro do local em que trabalham. Estudos recentes sobre o trabalho em equipe na ESF (OLIVEIRA; PIRES; PARENTE, 2011; PIRES; GOTTEMS, 2010) revelaram ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista) e usuários, nível superior e nível médio de educação. Segundo Oliveira, Pires e Parente (2011) embora os profissionais não reconheçam, as relações de poder vão se tecendo no interior das equipes, numa forma de polarização que se estabelece entre as pessoas, dividindo entre as que "podem" mais e as que podem menos, fazendo uma hierarquia nas relações, quebrando com o que preza os princípios norteadores do SUS e da Estratégia de Saúde da Família.

Muitos consideraram, ainda, que na organização de grupos operativos e/ou campanhas existem um acordo prévio quanto aos conceitos e à metodologia a serem utilizados, tendo como base o objetivo do trabalho, no qual se procura respeitar opiniões e sugestões dos outros profissionais.

Os profissionais afirmaram que no espaço das reuniões de equipe conseguem participar das discussões juntamente com os colegas de trabalho e que durante o planejamento das atividades do serviço há troca de conhecimentos com profissionais de outros núcleos. Este fato contribui para que a prática interdisciplinar seja vivenciada na ESF. Grande parte dos profissionais relatou que, quando se deparam com uma situação de difícil enfrentamento com relação ao processo de trabalho, informam a situação para o/a apoiador/a/gerente da unidade, solicitando um momento de diálogo quanto às questões vivenciadas. Essa prática auxilia na resolução hábil dos problemas rotineiros que surgem no ambiente de trabalho, melhorando a convivência entre os profissionais, e conseqüentemente a qualidade do serviço ofertado à população (MORSCHER; BARROS, 2014).

Quanto à Disponibilidade de Tempo, de forma homogênea os profissionais estudados relataram ter carga horária parcialmente limitada para planejar e realizar com a equipe as

atividades de grupo, como: as atividades do Hiperdia, o Pré-Natal e a Puericultura que são cumpridas por todos da equipe (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), sendo a dimensão tempo avaliada como uma dificuldade para o processo de trabalho interdisciplinar.

A dimensão Planejamento envolveu questões sobre a possibilidade de discussão das atividades do serviço de maneira horizontalizada, havendo troca de conhecimento e diálogo entre os profissionais da equipe. Uma assertiva relacionada à dimensão Planejamento foi referente à realização do Projeto Terapêutico Singular pela equipe de saúde da família. Essa atividade é de suma importância para o compartilhamento de casos clínicos, envolvendo presença de todos os profissionais e é realizada quando faz-se necessária uma compreensão multidimensional da situação. Avaliando isoladamente a assertiva, notam-se médias significativamente baixas nas respostas obtidas, o que implica dizer que as três classes profissionais avaliadas pouco realizavam ou não realizavam o PTS. No entanto, em um quesito posterior, os mesmos profissionais deram notas altas à afirmativa que dizia que ao identificar um caso complexo, utilizam o momento da reunião com a equipe de saúde da família para obter informações que ajudem a compreender melhor a situação, a fim de traçar um PTS, discordando do que havia sido dito anteriormente. Estas inversões de respostas podem se justificar devido ao longo questionário aplicado aos profissionais que, muitas vezes dispersos pela ansiedade em responder rapidamente as questões, perdem a atenção e lançam falsas respostas, conforme descrito por De Brito Junior e Júnior (2012), podendo esta explicação ter gerado escores altos para a dimensão planejamento.

Quanto à dimensão Atividades Individuais, parece haver compreensão de que os problemas de saúde não podem ser entendidos isoladamente, sendo necessário que haja colaboração e integração de todos os envolvidos no serviço. Os profissionais em questão afirmaram de forma homogênea que realizam consultas compartilhadas (realizadas conjuntamente) e que em uma visita domiciliar, após identificar a necessidade de encaminhamento, o caso é, ainda, compartilhado com outros profissionais, realizando assim a interdisciplinaridade através da troca de saberes e a partilha de conhecimentos.

No tocante à dimensão Comunicação, cabe destacar que os profissionais da amostra relataram que estabelecem comunicação com outros profissionais quando verificam a necessidade da equipe ou o apoio da rede. Em um estudo realizado por Esperidião, Cruz e Silva (2011), percebe-se que é necessária uma parceria dos profissionais com a rede especializada que possibilite o diálogo entre os profissionais dos distintos níveis de atenção para garantir a qualidade dos serviços prestados. Apesar da necessidade da relação entre os serviços, os vínculos entre Atenção Básica e a rede especializada são deficitários. Há uma

dificuldade no diálogo e sistematização desta comunicação, representando uma barreira para a realização de parcerias que ultrapassem a lógica do encaminhamento e apontem na direção da interdisciplinaridade.

No estudo fica nítido que as dimensões que dependem da postura do profissional de forma isolada e não envolvem interações com o colega (atividades individuais, comunicação e atitude) foram as que tiveram maiores médias, consideradas pelos profissionais como práticas fortemente exercidas no dia a dia do seu trabalho. Contudo, não se pode afirmar, apenas com base no questionário, que essas respostas correspondam à realidade do cotidiano de trabalho desses profissionais, sendo, portanto, a adição da análise qualitativa importante para as conclusões.

A partir dos dados provenientes da análise de agrupamento, observou-se o Acolhimento como a dimensão que se apresenta nas três classes profissionais com a maior tendência para um trabalho pautado em “disciplinas”, sendo esta a dimensão responsável pela heterogeneidade nas classes profissionais.

O acolhimento, enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização, sinaliza questões de organização e prática do trabalho, destacando a dimensão ética e política na postura dos profissionais nas relações com os usuários e no processo saúde-doença, bem como a reformulação do modelo assistencial e de gestão, no intuito de facilitar o acesso às ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica e favorecer o cuidado interdisciplinar (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

O acolhimento é tido como atributo de uma prática clínica que permite escutar “ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas em saúde”, invertendo a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde assistencial (FRANCO; BUENO; MERHY; 1999, p. 346).

Ao passo que formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema contribuem para efetivar a implantação de um SUS resolutivo (SCHIMITH; LIMA; 2004).

Entretanto, nem sempre as estratégias propostas se traduzem em mudanças reais em termos de ações concretas. Como se pôde perceber no questionário e na observação participante, o acolhimento não está presente em todas as ESF observadas. Quando presenciado, o acolhimento é realizado de forma centralizada na figura de um profissional e desconexa do objetivo de vínculo trabalhador/usuário, da universalidade do acesso e da classificação de risco, preconizados pela Política Nacional de Humanização. Foi verificado,

também, que o mesmo não segue as orientações definidas no Plano da Saúde de João Pessoa, conforme apontado acima.

Durante o período de acompanhamento das ESF, quando observado o acolhimento, percebeu-se que a interdisciplinaridade não estava presente. Além da atividade ficar centrada em um único profissional, não foi possível observar a troca de informações, o diálogo e a cooperação da equipe.

Outra dimensão que se diferencia entre os dois grupos formados na análise, não sendo bem avaliada quanto à prática interdisciplinar, é a Disponibilidade de Tempo nos grupos de profissionais médicos, o que pode ser atribuído à alta demanda de atendimentos. Os serviços de Atenção Básica são caracterizados como a porta de entrada, caracterizado pelo cuidado continuado e a criação de vínculo, mediante a intensa demanda espontânea, porém ainda há pouca consciência dos usuários quanto à importância da prevenção e promoção. Os usuários vão ao serviço buscando atendimento para resolução de seu problema, o que torna o processo demorado, a prevenção e promoção podem ser prejudicadas, há a sobrecarga dos profissionais e serviço, tornando a resolubilidade prejudicada devido à ausência de tempo.

A complexidade da saúde e o aumento da expectativa de vida da população exigem que considere a saúde em seus aspectos biológicos, sociais, econômicos e cognitivos, o que aponta para a perspectiva do trabalho integrado e interdisciplinar. As dificuldades no exercício da interdisciplinaridade comprometem a capacidade resolutiva do trabalho em saúde.

A construção de um diário para observação no campo de trabalho acerca da metodologia interdisciplinar permitiu identificar que as respostas dos questionários muitas vezes não foram coerentes com as práticas realizadas nas Unidades de Saúde da Família.

Os profissionais pesquisados em ambos os grupos afirmaram concordar e fazer uso da comunicação visando à interdisciplinaridade. Um dos primeiros passos para o estabelecimento do trabalho em equipe é o acordo quanto aos objetivos em comum, o diálogo e a troca de informações, são estes requisitos enquanto dimensão Comunicação que facilitam a cooperação necessária à prática interdisciplinar.

Durante a observação participante, ficou nítido o quanto os aspectos subjetivos perpassam as categorias, funcionando como obstáculos para a prática interdisciplinar, a citar: o reduzido tempo para diálogo e a dificuldade em saber ouvir e saber falar com o colega, quebrando a lógica da comunicação.

Nas quatro Equipes de Saúde da Família observaram-se comportamentos diferentes no que tange à dimensão Comunicação. Na equipe rosa, o fluxo de informações é unidirecional,

o diálogo não consegue existir pela dificuldade de relações entre os profissionais e as decisões em relação ao processo de trabalho ficam centralizadas na figura da profissional enfermeira, quebrando com a lógica de um trabalho conjunto e dialogado. De modo diferente, na equipe verde existe troca de informações, uma interdependência dos profissionais presenciada pelos seus momentos de conversa em que surgem sugestões e auxílio com o trabalho do outro e a comunicação é horizontalizada. Na equipe azul, as atividades são realizadas de forma descentralizada, havendo troca de informações e divisão das responsabilidades. Na equipe laranja, o diálogo é pouco frequente, mas existem momentos de troca, interação e participação conjunta dos envolvidos.

Para que o diálogo possa ocorrer, é preciso que o profissional tenha humildade e se reconheça enquanto pessoa que não detém todo o conhecimento, a auto-suficiência é incompatível com o diálogo, como proferido por Paulo Freire, em *Educação como prática da liberdade*:

Diálogo é uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade (Jaspers). Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação (FREIRE, 1994, p.115).

Quanto à dimensão atitude, os grupos formados apontaram que as ações quanto à humildade aconteciam, pressupondo assim, o reconhecimento das limitações, a troca de experiência, o desejo de crescer com a busca para si e para o outro juntamente com o próximo, a aceitação da opinião de outrem em suas práticas, a tolerância e assertividade com os colegas de trabalho e usuários.

As atitudes presenciadas no dia a dia das quatro equipes foram diferentes, tendo em vista que os profissionais apresentam características pessoais e acadêmicas que diferem, as diferenças são ainda intra e interclasse profissional. Na equipe rosa, se visualizaram casos de não aceitação da opinião de colegas, divisões claras do trabalho por competência profissional, falta de reconhecimento em relação ao limite de seus saberes e ausência de parceria entre os envolvidos. Com a equipe verde, o respeito entre os profissionais e nas relações profissionais-usuários foi enxergado com facilidade, além de que o sentimento de escuta e auxílio ao outro foi uma característica fortemente percebida com a equipe, que mantinha uma relação de companheirismo e cuidado com o usuário. Na azul, as tarefas são divididas e, sempre que um profissional necessita de ajuda, recebe a colaboração de um colega de trabalho, mesmo que

não seja de sua competência profissional. Em certa observação de reunião de equipe presenciou-se uma fala cuja importância é válida destacar:

“Todos temos problemas, o importante é saber lidar com eles, porque ninguém é igual ao outro e conflitos existem em todos os locais, importante é saber respeitar a opinião do outro, solicitar auxílio quando necessário e trabalhar em prol de um objetivo comum.”

Enquanto na equipe laranja, apesar de notório o vínculo da equipe, as tarefas são segmentadas, há certa dificuldade do profissional se reconhecer enquanto integrador, agente de mudanças a partir do diálogo e compartilhamento do saber. Sobre a importância da mudança de atitude para o trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade, Fazenda (2002, p. 82), destaca a importância da mudança de atitude para o trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade.

Entendemos por atitude interdisciplinar, uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo – ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo – atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude de desafio – desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho – atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, de vida. (FAZENDA, 2002, p. 82),

Para as atividades coletivas verificou-se na observação grupos que se assemelharam e àqueles que se distanciaram dos resultados da análise quantitativa, em que foi assinalado como boa prática de interação, reflexão e trocas entre os sujeitos, predizendo o fazer interdisciplinar.

Na equipe rosa, as atividades coletivas restringiram-se ao dia D de prevenção. As campanhas e a sala de espera foram realizadas em comunhão com as outras equipes. Além disso, a ESF apresenta momentos de tensões e fragilidade entre os membros, a falta do profissional médico é sempre destacada pelas ACS e pela técnica de enfermagem, referindo-se que anteriormente com a presença do profissional, as atividades aconteciam com frequência e de forma integrada. Entretanto, para a enfermeira a falta do médico não é um problema, pois ela avalia que o seu trabalho consegue sanar esta lacuna, mostrando dubio discurso e situação de conflito entre as profissionais. Por outro lado, na equipe verde as ações

são interdisciplinares, todos os profissionais estão envolvidos, interagem e tentam ouvir o outro profissional. As atividades coletivas buscam melhorar a resolubilidade para os agravos do público, têm boa adesão e conseguem ser construídas, estruturando as tarefas e as responsabilidades. Com a equipe azul, todos os membros da equipe estão envolvidos nas atividades e as ações mostram-se integrativas e complementares. Na ESF laranja não se pode observar a interdisciplinaridade em todas as atividades. As atividades coletivas, apesar de acontecerem em um mesmo espaço, foram realizadas de forma isolada.

Em relação às Atividades Coletivas, verificou-se que as reuniões integradas foram o tempo mais acessível para a troca de informações, visto que todos os profissionais estavam presentes, e a dinâmica de diálogo e a deliberação de profissionais mais empenhados com o processo de comunicação facilitaram os demais a se posicionarem. Em uma destas ocasiões, um dos ACS relatou angústias com relação a falta de interesse das pessoas em participar dos grupos. Desta maneira, a equipe acolheu as falas do colega, e consolaram-no com a seguinte frase:

“Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”.

Acrescentaram que a proposta da equipe para resolução dos agravos era a prevenção, e referiram, ainda, que estavam na ESF pelo mesmo propósito: a saúde da comunidade, e que chegariam a soluções em conjunto.

Pode ser verificado, que a dimensão Planejamento relaciona-se com as demais dimensões à medida que para qualquer ação é necessário programar os caminhos pelos quais seguir, saber ouvir, saber falar, planejar, avaliar e trabalhar em conjunto, e a interdisciplinaridade está diretamente relacionada à realização desse processo.

Diferentemente do que foi apresentado na análise quantitativa, a única equipe que durante a observação reiterou o conceito do planejamento para as ações interdisciplinares foi a ESF Azul, quando em suas ações trabalharam juntos desde a ideia até a execução de qualquer atividade. A fala de uma cirurgiã-dentista em reunião de equipe isolada ilustra bem essa postura:

“Trabalhar em ESF não é apenas estar junto fisicamente, é mesmo estando longe ter conversado e programado em equipe; é compartilhar estratégias”.

Por outro lado, na dimensão Atividades Individuais, as práticas observadas divergiram da análise obtida a partir dos agrupamentos, apresentando médias em forte consonância com a

atuação interdisciplinar. O trabalho em equipe interdisciplinar, mesmo nos atendimentos individualizados, é uma necessidade. Se o conceito de saúde integral não permite a fragmentação da saúde, não é possível esta fragmentação no processo de atendimento individual. O profissional precisa estar articulado com outros profissionais e a rede especializada para que, quando necessário, possa ocorrer um compartilhamento a partir da referência/ contra-referência dos serviços, a fomentação de um projeto terapêutico singular ou outra estratégia.

Uma das explicações para diferença do que foi respondido nos questionários quantitativos e o que foi observado é a dificuldade que os profissionais apresentam de compreensão quanto à interdisciplinaridade, confundindo-a com a multidisciplinaridade; quando o trabalho não precisa ser corresponsabilizado, integrado, dialogado, refletido e problematizado.

Aprender a trabalhar de forma integrada exige comprometimento pessoal. Na realidade das equipes observadas e com os resultados dos questionários quantitativos, pode-se perceber a presença de inúmeras barreiras ou limites para a prática interdisciplinar. Em muitos aspectos, os achados do questionário se distanciaram da prática acompanhada. Faz-se necessário que os profissionais aprendam a trabalhar, compartilhando saberes, posto que diversas vezes pôde-se perceber que a falta de empatia pelo tipo de trabalho (na Atenção Básica), pela metodologia, ou a equipe impossibilita interações entre os atores deste trabalho. A falta de tempo para o diálogo e planejamento, a dependência de um profissional que apresenta maior iniciativa, a intransigência de partilhar conhecimento e deixar que o outro acesse seu saber são limites reais para a prática eficaz da interdisciplinaridade.

Diante do exposto e entendendo a interdisciplinaridade como a busca da interação dos conhecimentos que mostrem a interdependência entre os saberes e as necessidades de articulação entre as áreas da saúde, pode-se dizer que ela foi parcialmente visualizada nas ESF estudadas. Segundo Pombo (2008), a interdisciplinaridade exige não só uma convergência de pontos de vista, atingindo camadas mais profundas da realidade cognoscível, mas também uma aproximação pensada tanto do lado do sujeito quanto do próprio objeto de investigação e sua complexidade. Ela é útil e essencial a um local de trabalho onde profissionais devem atuar de maneira humanizada, crítica e reflexiva, buscando a melhor qualidade dos serviços ofertados aos usuários do Sistema de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que, parcialmente, os profissionais conduzem suas práticas interdisciplinarmente. Há certa disponibilidade para práticas que podem viabilizar a interdisciplinaridade, todavia, os Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões Dentistas ainda precisam trilhar alguns caminhos neste processo para melhor compreensão dos conceitos e aplicabilidade, evidenciados pelas respostas não uniformes com relação às dimensões investigadas do questionário na pesquisa.

O posicionamento dos profissionais quanto às suas práticas interdisciplinares ratifica lacunas com relação ao diálogo, a partilha de saberes, a totalidade, as atitudes de trocas, as parcerias, a integração em prol de um cuidado em saúde integral, comprometendo o desenvolvimento das ações interdisciplinares.

Relacionando os resultados obtidos nos questionários e a observação participante verificou-se a diferença entre o discurso e a prática. A análise de agrupamento permitiu identificar diferentes níveis de apropriação para algumas dimensões interdisciplinares entre os profissionais de mesma graduação, e com a análise qualitativa essa diferença foi percebida em todas as dimensões. Assim, a dificuldade enfrentada em imprimir suas ações a partir dos questionamentos da pesquisa pode indicar medo dos profissionais de não se adequarem ao objetivo proposto pela pesquisa, a saber, a prática interdisciplinar.

A observação permitiu perceber uma heterogeneidade na realização de ações interdisciplinares entre as equipes que atuam em uma mesma unidade, evidenciando que essa realização depende de fatores objetivos relacionados ao modo como o processo de trabalho está organizado, bem como de questões de ordem subjetiva que impelem para a busca da interdisciplinaridade no exercício da prática profissional.

A equipe multidisciplinar precisa, ainda, conduzir suas práticas a reflexões conjuntas, em que a colaboração da equipe possa reconhecer as lacunas na perspectiva do trabalho interdisciplinar e que de forma efetiva haja uma mudança na interpenetração das “disciplinas”, transformação esta necessária à construção do ser profissional de saúde.

É importante que os resultados encontrados neste estudo subsidiem discussões e mudanças no processo de práticas das Equipes de Saúde da Família, visando contribuir para o incentivo à efetivação da saúde com qualidade e resolubilidade ao tornar os profissionais aptos a atuar de acordo com a interdisciplinaridade.

Os resultados apontam para necessidade de mudanças desde a graduação, com a reformulação dos currículos de modo a garantir a construção de currículos integrados, a fim de favorecer uma atuação interdisciplinar, até a conscientização do profissional de saúde quanto às suas obrigações perante o usuário e a qualidade do serviço prestado. Para tanto, torna-se necessário o acolhimento, o diálogo, a escuta, o planejamento, a interação, o comprometimento pessoal e à afinidade pela estratégia de trabalho, para que haja a concretização do trabalho interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** 2003. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- ALBUQUERQUE M. A. **Estabilidade em análise de agrupamento (cluster analysis).** Pernambuco. 2005. 53f. Dissertação (Mestrado em Biometria) – Departamento Física e Matemática, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.
- ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede Unida, 2003.
- ALMEIDA, M. M.; MORAIS, R. P.; GUIMARÃES, D. F.; MACHADO, M. F. A. S.; DINIZ, R. C. M.; NUTO, S. A. S. N. Da Teoria à Prática da Interdisciplinaridade: a Experiência do Pró-Saúde Unifor e Seus Nove Cursos de Graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl.1, p. 119-126, 2012.
- AMORIM, D. S.; ALESSI, N. P.; GATTÁS, M. L. B. **Práticas Interdisciplinares na Área da Saúde.** Ribeirão Preto: Holos Editora, 2007a.
- AMORIM, D. S.; GATTÁS, M. L. B. **Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde.** Ponto de Vista, Ribeirão Preto, v. 40, n. 1, p. 82-84, 2007b.
- ARRUDA, A.; TURA, L. F. R. Caminhos da interdisciplinaridade na saúde coletiva: trabalhando com as representações sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 109-110, 2002.
- BARBOSA, G.B.; CORREIA, A.K.S.; OLIVEIRA, L.M.M.; SANTOS, V.C.; FERREIRA S.M.S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia. **Revista Brasileira Saúde ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2006.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-28, 2012.
- BENITO, G. A. V.; SILVA, L. L.; MEIRELLES, S. B. C. M.; FELIPPETTO, S. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.1, p.66-72, jan./abr, 2003.

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

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS n° 4, aprovada em 07 de setembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de novembro de 2001.

_____. Portaria n° 648/GM, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Dispõe sobre as diretrizes e normas para organização da Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28mar. 2006, Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF - Caderno de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, n.27. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUSSAB, W.O.; MIAZAKI, E. S.; ANDRADE, D. F. Introdução à Análise de Agrupamento. In: Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística, 9, 1990, São Paulo. **Anais São Paulo: ABE**, 1990.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, 2006.

CHRISTOFARO, M. A. **A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde**. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (Org.) **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU**, Natal: EDUFRRN, 1999.

COHEN, Y. O século de Taylor, Lênin e Freud. **Tempo soc.**, São Paulo, v.24, n.2, p.211-232, nov. 2012.

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

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n.1, p. 113-118, 2009.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R.(org). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.

DE BRITTO JÚNIOR, A.F.; JÚNIOR, N.F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2012.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Santa Cruz do Sul, n. 115, p. 139-154, março/ 2002.

DUNN, J. C. Well Separated Clusters and Fuzzy Partitions. **Journal on Cybernetics**.v. 4, n. 1, p. 95-104, 1974.

ESPERIDIÃO, E.; CRUZ, M.F.R.; SILVA, G.A. Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 493-501, 2011.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 439-449, jun.2010.

FAZENDA, I. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.965-971, 2007.

FIGUEIREDO, J. S. **Desafios e Perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de Hipertensão Arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade.** 2006. 330f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FRANCISCHETT, M. N. **O entendimento da interdisciplinaridade no cotidiano.** Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. V.15, n.2, p.345-353, 1999.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.**Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GÁTTAS, M. L. B. **Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde da Universidade de Uberaba – Uniube.** 2005. 211f.Tese (Doutorado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

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

GONÇALVES, C. R.; CRUZ, M. T.; OLIVEIRA, M. P.; MORAIS, A. J. D.; MOREIRA, K. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. S. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

GONZÁLEZ, A. D, ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

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

GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção a saúde e prevenção de doenças. **Rev. Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.260-272, 2010.

HADDAD, A. E. ; MORITA, M. C. ; PIERANTONI, C. R. ; BRENELLI, S. L. ; PASSARELLA, T. ; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3.p.383-393, 2010

HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise Multivariada de Dados**. 6. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

JOÃO PESSOA. **Plano Municipal de Saúde de João Pessoa**. 2010-2013. João Pessoa – Paraíba. 2010.

LEOPARDI, M.T. Introdução. In: **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Santa Catarina: Papa-Livro. 1999.

LOUREIRO, J. A. **Técnicas de Agrupamento de dados na mineração de dados químicos**. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Computação) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Computação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, v.1, 1994.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de saúde da Família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MIGUEL, M. E. B. **A presença das tendências pedagógicas na educação brasileira**. Educativa: Goiânia, v. 10, n. 1, p. 69-84, 2007.

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

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, Interdisciplinaridade e Complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa. v.10, n.2, p. 435-442, 2010.

MORAIS, F. R. R.; LEITE, I. D. R.; OLIVEIRA, L. L.; VERÁS, R. M. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró. **Rev. GaúchaEnferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 442-449, 2010.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma e reformar o pensamento**. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2001.

MORSCHER, A; BARROS, M,E,B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

NUNES, E. ED. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 95 - 113.

OLIVEIRA, T. R. B. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. **Revista Saúde Com.**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 1, p. 20-27, 2007.

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**, Espírito Santo, v. 13, n. 4, p. 28-34, 2011.

OLIVEIRA, H.M; PIRES, T.O; PARENTE, R.C.P. As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. **Rev. Sau. &Transf. Soc.**, v.1, n.2, p.17-26, 2011.

PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/NUTES/CLATES,1982, p. 4-19.

PEDUZZI, M.; SHRAIBER, L.B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde FioCruz. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em 13.01.2015.

PINTO, E.S.G; MENEZES, R.M.P; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 657-664, 2010.

PIRES, M.R.G.M; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. bras. Enf**, Brasília, v. 62, n.2, p. 294-299, 2010.

POMBO, O.; GUIMARÃES, H.; LEVY, T.. **Interdisciplinaridade: reflexão e experiência**. Lisboa: Texto, 1993.

POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. **Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste**, Santa Catarina, v.10, n.1, p.9-40, 2008.

PRATA, P. R. Duzentos anos de formação médica no Brasil: onde e quando devem ser comemorados? **Interface –comunicação, saúde, educação**, v.14, n.33, p.471-473, 2010.

RIBEIRO, E.M; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n 2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, S.B.O.; SAMPAIO, S.F.O processo de trabalho em enfermagem: revisão de literatura e percepção de seus profissionais. *In: Encontro de Iniciação Científica da PUC*, 14, 2009, Campinas. **Anais**, Campinas: PUC, 2009.

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

ROUSSEEUW, P. A visual display for hierarchical classification. *Data Analysis and Informatics*. In: DIDAY, E. et. al. **Data Analysis and Informatics**. Amsterdam: North-Holland, p. 743–748, 1986.

ROUSSEEUW, P.; STRUYF, A.; HUBERT, M.; MAECHLER, M. Cluster: **Cluster Analysis Extended**. In: ROUSSEEUW, P. *et al.* R package version 1.11.9, 2007.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. *In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (Org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU*. Natal: EDUFRRN, 1999.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SARTORI, M. S.; HORTO, M. Os projetos PRÓSAÚDE/PET-Saúde e a Universidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v.2, n.3, p.80-81, 2012.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**, v. 9, n.18, p. 521-536, 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.20, n.6, p. 1487-1494, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVA, R. H. A.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior Em Saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 167-184, 2010.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educ. Rev.**, Curitiba, n. 39, p. 159-175, 2011.

SORDI, M. R. L.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev.latino-am.Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.

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

TEIXEIRA, P. M. M. Educação científica e movimento C.T.S. no quadro das tendências pedagógicas no Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências (RBPEC)*, n. 1, p. 88-102, 2003.

TENORIO, F. G. A unidade dos contrários: fordismo e pós-fordismo. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.4, p.1141-1172, 2011.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15(Suppl.3), p. 3615-24. 2010.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. SaúdePública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

VALLIANT, R.; DEVER, J. A.; KREUTER, F. **Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples**. New York: Springer Science; 2013.

ZABALA, A. **Enfoque globalizador e pensamento complexo**. Uma proposta para o currículo escolar. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Apêndice A – Diário de Campo da Pesquisa Participante

Data:

Turno:

Local:

Duração:

Atividade Observada:

Participantes da Atividade:

Objetivo em Comum: Sim () Não () NA ()

Linguagem em Comum: Sim () Não () NA ()

A dinâmica de trabalho favorece trocas e comunicação: Sim () Não () NA ()

Observação em relação a troca de informações entre os profissionais:

Observação em relação a comunicação e diálogo entre a equipe:

Observação em relação a divisão de tarefas e responsabilidades, e quanto as decisões:

OBSERVAÇÃO	DEFINIÇÃO
Posicionamento dos profissionais	Em qual (quais) momento(s) a interdisciplinaridade foi vivenciada no dia-a-dia dos profissionais (atendimentos, grupos, reuniões)?

OBSERVAÇÃO	DEFINIÇÃO
Interdisciplinaridade	Quais os movimentos em busca da construção da interdisciplinaridade e as dificuldades enfrentadas para essa realização? Quais ações? Quais profissionais envolvidos? Há de fato a Interdisciplinaridade, ou as ações são isoladas? De que forma é apresentada?

OBSERVAÇÃO	DEFINIÇÃO
Especificidades do território político	<p>Relatar características políticas da unidade, da gestão ou da região que interfiram na observação ou na dinâmica da unidade.</p> <p>Relatar insatisfação da equipe, gestão ou usuários, problemas políticos ou de relacionamento.</p>

Observações / Dificuldades:

Apêndice B – Questionário de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA
--

A1. Número do instrumento:

A2. Data de aplicação:

A3. Código do DS:

A4. Código da ESF:

A5. Pesquisador:

B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

B1. Sexo do respondente: 1. Feminino 2. Masculino

B2. Qual a sua data de nascimento?

B3. Qual a sua idade: anos.

B4. Atualmente, você está:

1. Casado(a) / Tem companheiro(a) / Vive junto
2. Separado(a) / Divorciado(a)
3. Solteiro(a) / Vive sozinho(a) 4. Viúvo(a) 97. Não respondeu

B5. Qual a profissão que você exerce nesta Unidade de Saúde da Família (USF):

1. Enfermagem 2. Medicina 3. Odontologia

C – A INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE

Considerando a **INTERDISCIPLINARIDADE** como sendo a interação entre diferentes disciplinas/profissionais que se envolvem em um projeto com objetivos, métodos e linguagens comuns, interagindo durante o seu trabalho e realizando um trabalho de forma integrada e compartilhada, dividindo experiências, e assim tornando o conhecimento mais amplo (JAPIASSU, 1976), responda as questões a seguir com base na sua prática profissional na Estratégia de Saúde da Família.

Marque em cada afirmativa abaixo, seu grau de concordância ou discordância, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 - Discordo Totalmente** e **10 - Concordo Totalmente**.

C1. Durante o planejamento, as atividades do serviço são discutidas de maneira horizontalizada pela Equipe de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C2. A troca de conhecimento e o diálogo entre os profissionais são realizados pela Equipe de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C3. É fácil compreender a linguagem empregada pelos profissionais da equipe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.4. No meu trabalho, procuro respeitar as crenças e valores das pessoas (colegas de trabalho e usuários) bem como as demais expressões da sua cultura.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.5. No meu trabalho, procuro reconhecer minhas limitações e entender que posso ser ajudado por colegas da equipe (considerar todos os membros da equipe).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque em cada afirmativa abaixo a frequência que realizou as seguintes atividades, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 significa nunca** e **10 sempre**.

C.6. Na unidade de saúde, costumo desenvolver atividades em conjunto com estudantes/profissionais de outros núcleos profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.7. Na organização de grupos operativos e/ou campanhas, existe um acordo prévio quanto aos conceitos e a metodologia a serem utilizados, tendo como base o objetivo do trabalho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.8. Na realização de grupos operativos, cada profissional participa expondo os conhecimentos relativos ao seu núcleo profissional, sem que haja interseção entre os saberes:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.9. No meu trabalho, procuro respeitar opiniões e sugestões dos outros profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.10. Existe uma hierarquia quanto às responsabilidades estabelecidas dentro do meu local de trabalho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.11. Durante as atividades de grupo considero necessário que todos os profissionais da equipe contribuam para sua execução.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.12. Dentro da minha carga horária disponho de tempo para planejar com a equipe as atividades de grupo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.13. Dentro da minha carga horária disponho de tempo para realizar atividades em grupo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.14. O cronograma das atividades do Hiperdia, Pré-Natal e Puericultura é cumprido por todos os profissionais de minha equipe (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.15. Em dias de Hiperdia, Pré-Natal e Puericultura costumo interagir com os colegas da equipe sobre alguns casos atendidos na Unidade de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.16. No espaço das reuniões de equipe consigo participar das discussões juntamente com os colegas de trabalho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.17. Durante o planejamento das atividades do serviço há troca de conhecimento com profissionais de outros núcleos profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.18. A equipe de saúde da família que participo, realiza Projeto Terapêutico Singular.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.19. Quando me deparo com uma situação de difícil enfrentamento com relação ao processo de trabalho de minha equipe informo a situação para o/a apoiador/a/gerente da unidade, solicitando um momento de diálogo quanto às questões vivenciadas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.20. Em uma visita domiciliar, após identificar a necessidade de encaminhamento, o caso é compartilhado com outros profissionais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.21. No meu trabalho realizo consultas compartilhadas (com outros profissionais).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.22. No caso em que as visitas domiciliares são realizadas com atendimento compartilhado existe discussão/troca de experiências entre os núcleos profissionais que se encontram na visita.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.23. No meu trabalho avalio o estilo de vida, hábitos alimentares, condições de higiene, de moradia, a relação familiar, com o objetivo de identificar aspectos que possam influenciar no processo de saúde-doença e discuto isso com os demais profissionais da equipe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.24. No momento das consultas em que verifico a necessidade de apoio da rede especializada, há comunicação entre estes profissionais e a Equipe de Saúde da Família.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.25. Quando me deparo com uma situação de difícil enfrentamento busco interagir com os outros profissionais da equipe e com o/a apoiador/a/gerente para que o caso seja melhor solucionado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.26. Ao identificar um caso complexo, utilizo o momento da reunião com a equipe de saúde da família para obter informações que ajudem a compreender melhor a situação a fim de traçar um Projeto Terapêutico Singular.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.27. No processo de acolhimento, o momento da escuta qualificada é realizado juntamente com outros profissionais da equipe.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ declaro ser esclarecido(a) e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho intitulado “**A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE**” terá como objetivo primário: Analisar as possibilidades e limites de realização de ações interdisciplinares na formação em saúde e na prática profissional nos serviços de saúde. E como objetivos secundários: Avaliar a formação universitária prática e teórica para atuação interdisciplinar dos cursos de graduação das profissões de Saúde reconhecidas pelo Ministério da Saúde (MS); Investigar como se dá a formação universitária para atuação interdisciplinar na atenção básica, na média e alta complexidade dos cursos de graduação em Saúde; Verificar a realização de ações interdisciplinares nos serviços de atenção básica, na média e alta complexidade em saúde; Analisar a contribuição da educação interprofissional para superar as dificuldades do exercício da interdisciplinaridade; Estimar a contribuição das experiências em Projetos de Extensão de cunho multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar, através do Questionário de Pesquisa.

- Ao voluntário só caberá responder aos questionários e participar de Grupo Focal ou Pesquisa Participante. A pesquisa apresenta como risco a impossibilidade em garantir o total anonimato dos participantes que participarão do Grupo Focal entre si. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados a população acadêmica;
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário;
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora responsável via email: katiagsribeiro@yahoo.com.br, ou através do número (083) 88932909; ou poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-UFPB) no endereço: Campus I - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar - CCS, Cidade Universitária, João Pessoa/PB, CEP: 58.051-900 e através do número (083) 32167791;
- A pesquisa apresenta como critérios de inclusão: alunos dos cursos de graduação em saúde da UFPB, matriculados no último e penúltimo período do curso; e profissionais de saúde que atuem nos serviços de saúde municipal dos três níveis de atenção e como critérios de exclusão: estudantes transferidos de outras instituições de ensino superior e aqueles que tenham concluído outra graduação ou curso de nível técnico em saúde e profissionais de saúde que não exerçam como cargo a sua função de formação;
- Ao final da pesquisa, se for do interesse do voluntário, terá acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora; vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em posse da pesquisadora e a outra em posse do voluntário.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

João Pessoa, ____/____/____

Pesquisador _____

Voluntário _____

Apêndice D - Lista das unidades de saúde sorteadas

ESF Paulo Afonso	ESF Cristo Conjunto
ESF Cruz das Armas I	ESF Geisel I
ESF Cruz das Armas VIII	ESF Geisel II
ESF Funcionários I - 1a Etapa	ESF Funcionários II - 2a etapa
ESF Funcionários II / Guaíba	ESF Funcionários IV
ESF Funcionários I - 2a Etapa	ESF Presidente Médici
ESF Cruz das Armas V	ESF Mudança de Vida I
ESF Alto do Mateus II	ESF Mudança de Vida II
ESF Alto do Mateus III	ESF Mudança de Vida III
ESF Alto do Mateus IV	ESF Mudança de Vida IV
ESF Alto do Mateus V	ESF Grotão I
ESF Cidade Verde I	ESF Grotão II
ESF Bairro das Indústrias III	ESF Grotão III
ESF José Américo I	ESF João Paulo II
ESF Cruz das Armas IV	ESF Citex
ESF Cruz das Armas VII	ESF Nova República
ESF Matinha II	ESF Maria de Nazaré
ESF Costa e Silva I	ESF Rangel III
ESF Costa e Silva II	ESF Rangel VI
ESF Alto do Mateus I	ESF Rangel V
ESF Bairro das Indústrias I	ESF Rangel I
ESF Bairro das Indústrias II	ESF Rangel II
ESF Bairro dos Novais IV	ESF Rangel VII
ESF Bairro dos Novais III	ESF Riacho Doce
ESF Bairro dos Novais V	ESF Geisel III
ESF Jardim Veneza I	ESF Bela Vista I
ESF Jardim Veneza II	ESF Bela Vista II
ESF Cruz das Armas III	ESF Bom Samaritano
ESF Bairro das Industrias IV	ESF Pedra Branca I
ESF Padre Ibiapina	ESF Pedra Branca II
ESF Vale Verde	ESF Jardim Itabaiana I
ESF Novo Horizonte	ESF Jardim Itabaiana II

ESF Água Fria
ESF Santa Barbara
ESF Valentina IV
ESF Cidade Verde V
ESF Cidade Verde VI
ESF Colibris
ESF Cidade Verde I
ESF Cidade Verde II
ESF Cidade Verde III
ESF Cristo Rei
ESF Doce Mãe de Deus
ESF Mussumagro II
ESF Paratibe I
ESF Sonho Meu
ESF José Américo II
ESF José Américo III
ESF Monte das Oliveiras
ESF Girassol
ESF Esperança
ESF José Américo I
ESF Coqueiral
ESF Pedro Lins
ESF Ambulantes
ESF Colégio Invadido
ESF Mangabeira por Dentro
ESF União
ESF Mangabeira VII B
ESF Mangabeira VII C
ESF Timbó I
ESF Timbó II
ESF Valentina I
ESF Alto do Céu III
ESF Alto do Céu IV
ESF Alto do Céu V
ESF Alto do Céu VI
ESF Alto do Céu I
ESF Alto do Céu II
ESF Cordão Encarnado I
ESF Distrito Mecânico I
ESF Distrito Mecânico II
ESF Ilha do Bispo I
ESF Ilha do Bispo II
ESF Mandacaru IX
ESF Mandacaru VII
ESF Mandacaru VIII
ESF Róger I
ESF Róger II
ESF Róger III
ESF Varadouro I
ESF Bessa
ESF Castelo Branco I
ESF Jardim Miramar I
ESF Jardim Miramar II
ESF Penha
ESF Santa Clara
ESF Castelo Branco III
ESF São José I
ESF São José III
ESF São José IV
ESF São Rafael
ESF Torre I
ESF Torre II

Anexo I – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa




UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião realizada no dia 27/02/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE”** da pesquisadora Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro. Prot. Nº 0030/14. CAAE: 25443413.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB