

ELISA PREZOTTO GIORDANI

**Avaliação da percepção sobre interdisciplinaridade nas unidades de
saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme**

São Paulo

2016

ELISA PREZOTTO GIORDANI

**Avaliação da percepção sobre interdisciplinaridade nas unidades de
saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre do Programa Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Frias

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Giordani, Elisa Prezotto.

Avaliação da percepção sobre interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme / Elisa Prezotto Giordani ; orientador Antonio Carlos Frias. -- São Paulo, 2016.

115 p. : fig., tab.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Equipe de assistência ao paciente. 2. Comunicação interdisciplinar. 3. Ambiente de trabalho. 4. Comportamento do consumidor. I. Frias, Antonio Carlos. II. Título.

Giordani EP. Avaliação da percepção sobre interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre do Programa Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde.

Aprovado em: / /2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3 PROPOSIÇÃO.....	39
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	40
5 RESULTADOS.....	49
6 DISCUSSÃO.....	60
7 CONCLUSÕES.....	90
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS.....	104

Ao meu querido esposo, Fabio, companheiro em todos os momentos, inclusive nesta jornada tão difícil quanto foi para nós a elaboração de nossas dissertações. E a nossos adorados filhos, Lucas e André, motivos principais de nosso viver.

AGRADECIMENTOS

Ao querido Prof. Dr. Antonio Carlos Frias, pelo incentivo, constante apoio e cujo inestimável conhecimento tornou viável essa empreitada chamada Mestrado Profissional.

À Valéria Porcel Alves, amiga e gestora da Unidade de Saúde Vila Helena, pela boa vontade, simpatia e apoio demonstrados durante todo o Mestrado, sem o quê não teria sido possível concluí-lo.

“Nossos conhecimentos são apenas aproximação da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independentemente de nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível.”

- BACHELARD, 1967, p. 233.

RESUMO

Giordani EP. Avaliação da percepção sobre interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

É necessário compreender que o indivíduo, no processo saúde-doença, precisa receber atenção completa, que envolva várias disciplinas atuando de forma conjunta, numa visão que envolve integralidade de ações (Saupe et al., 2007; Salvador et al., 2011). Uma das principais características dos serviços de saúde hoje em dia no país é o atendimento feito por equipes multiprofissionais, cujo entrosamento, entendimento e troca de saberes entre seus membros levam à interdisciplinaridade (Salvador et al., 2011), tema central deste trabalho de pesquisa. Atendimento interdisciplinar envolve trabalho recíproco, criando relações sociais horizontais, contrariamente ao que ocorre no modelo de assistência tradicional, hegemônico. Exige que o saber do outro seja ouvido e pensado, inclusive dos indivíduos e das comunidades assistidos (Leite; Veloso, 2008). Este estudo, do tipo quali-quantitativo, tem por objetivo analisar as percepções que trabalhadores e usuários de três unidades de saúde, com estratégias distintas de atendimento, apresentam sobre interdisciplinaridade. Busca-se destacar dificuldades e possíveis meios facilitadores para sua prática diária na perspectiva de profissionais de saúde e usuários dessas três unidades de saúde. Foram aplicados questionários com perguntas fechadas semiestruturadas e abertas, cujos resultados foram submetidos à análise quantitativa, pela técnica descritiva de análise de frequência, e análise qualitativa pela técnica hermenêutica dialética, conforme preconizada por Minayo (2004). À luz dessa modalidade qualitativa de pesquisa aplicada aos profissionais surgiram três categorias: *Meios para aumento da interdisciplinaridade*; *Fatores que afetam a interdisciplinaridade*, subdivididos em *Incentivadores*, *Desmotivadores* e *Ambíguos*; e *Resultados da interdisciplinaridade*. Em relação aos usuários, as categorias emergentes foram: *Desinteresse*; *Visão assistencial individualista* e

Vantagens da interdisciplinaridade. Os resultados encontrados foram: todas as categorias profissionais sentiram falta de outros profissionais em grupos educativos. A ausência mais sentida foi assistente social (18,75%). A estratégia interdisciplinar mais lembrada foi “reuniões” (38,6%). Falta noção de que é necessário trocar informações de forma efetiva, compreensível e satisfatória para todos. Mostrou-se importante aproveitar esses momentos para discutir protocolos e rotinas. Instrumento relevante para aumentar as trocas entre os profissionais foi a capacitação (13,6%) que melhora o relacionamento em equipe ao diminuir inseguranças. Trocas de informações em equipe multidisciplinar podem transformá-la em interdisciplinar. Pertencimento foi fato importante para a interdisciplinaridade, assim como dialogar, tolerar, respeitar, ouvir, ser flexível e enxergar o que está além de si, com interação social, horizontal. Número reduzido de profissionais, tomar conhecimento dos resultados das decisões em equipe e corresponsabilidade também foram fatores de destaque. Mais de 70% dos usuários relatou não participar de grupos educativos, evidenciando o curativismo. Os usuários valorizaram o atendimento por mais de um profissional. Acolhimento prescinde da ação interdisciplinar. Nenhum modo de atendimento foi sugerido pelos usuários. A interdisciplinaridade favorece a relação entre a equipe e o usuário, diminui espera e aumenta resolução. Na US Vila Helena, a interdisciplinaridade prescindiu de reuniões de equipe para acontecer.

Palavras-chave: Equipe interdisciplinar de saúde. Comunicação interdisciplinar.

Ambiente de Trabalho. Preferência do usuário

ABSTRACT

Giordani EP. Evaluation of the perception of interdisciplinarity in health units USF Paranapiacaba, US Vila Helena and CEO Vila Guilherme [dissertation]. Sao Paulo: University of Sao Paulo, School of Dentistry; 2016. Revised Version.

It is necessary to understand that the individual in the health-disease process, must receive full attention, involving several subjects acting together, a vision that involves completeness of shares (Saupe et al., 2007; Salvador et al., 2011). One of the main characteristics of health services in the country today is the care delivered by multidisciplinary teams, whose rapport, understanding and exchange of knowledge among its members leading to interdisciplinarity (Salvador et al., 2011), a central theme of this research . Interdisciplinary care involves reciprocal work, creating horizontal social relations, contrary to what occurs in traditional hegemonic model of care. It requires knowledge of each other to be heard and thought, including of individuals and assisted communities (Leite and Veloso, 2008). This study of qualitative and quantitative, aims to analyze interdisciplinarity and what it represents in relation to the Unified Health System (SUS). The aim is to highlight difficulties and possible facilitators means for their daily practice from the perspective of health professionals and members of three health units with different strategies of care. Questionnaires were applied with semi-structured questions closed and open, the results of which were subjected to quantitative analysis by descriptive technique of frequency analysis and qualitative analysis by dialectic hermeneutics technique, as proposed by Minayo (2004). In light of this qualitative mode of applied research professionals emerged three categories: 1. "Means for increased interdisciplinarity," 2. "Factors affecting interdisciplinarity", subdivided into "people support", "demotivating" and "ambiguous" and 3. "Interdisciplinary results." Regarding users, emerging categories were: 1. "Disinterest", 2. "Individualistic care vision" and 3. "Advantages of interdisciplinarity." The results were all professional categories have missed other professionals in educational groups. The most felt no social worker was (18.75%). The most remembered interdisciplinary strategy was "meetings" (38.6%). Lack notion that it is necessary to exchange information in an effective,

comprehensive and satisfactory for everyone. It proved to be important to seize these moments to discuss protocols and routines. Important tool for increasing exchanges among professionals was the training (13.6%) which improves the relationship as a team to reduce insecurities. Exchanges of information in a multidisciplinary team can turn it into interdisciplinary. Membership was important fact for interdisciplinarity, as well as dialogue, tolerate, respect, listen, be flexible and see what is beyond itself with social interaction, horizontal. Reduced number of professionals, aware of the results of team decisions and responsibility were also prominent factors. Over 70% of users reported not participate in educational groups. Users value the service for more than a professional. Home dispenses interdisciplinary action. No answer mode was suggested by users. Interdisciplinary favors the relationship between the team and the user decreases expected and increases resolution. In US Vila Helena interdisciplinary dispensed team meetings to happen.

Keywords: Interdisciplinary Health Team. Interdisciplinary Communication. Working Environment. Consumer Behavior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1- Distribuição dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa de acordo com o cargo exercido.....	47
Tabela 5.2- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido	48
Tabela 5.3- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido no CEO.....	48
Tabela 5.4- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido na US Vila Helena.....	49
Tabela 5.5- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido na USF Paranapiacaba.....	49
Tabela 5.6- Distribuição das categorias profissionais de acordo com o número de citações dos profissionais por unidade de saúde.....	50
Tabela 5.7- Distribuição das respostas dos profissionais à 3ª questão de acordo com a frequência de citação por unidade de saúde.....	51
Tabela 5.8- Distribuição das respostas de usuários à 1ª questão de acordo com a unidade de saúde.....	52
Tabela 5.9- Distribuição das categorias profissionais presentes em grupos de acordo com o número de citações dos usuários por unidade de saúde.....	53
Tabela 5.10- Distribuição das respostas de usuários à 3ª questão de acordo com a unidade de saúde.....	53
Tabela 5.11- Distribuição das categorias profissionais que participariam de grupos de acordo com o número de citações dos usuários por unidade de saúde.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	agente comunitário de saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMA-E	Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
ASB	auxiliar em saúde bucal
Aux Enferm	auxiliar de enfermagem
Aux enferm	auxiliar de enfermagem
C. Dentista	cirurgião dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
Data Nasc	data de nascimento
Dr.	doutor
Dra.	doutora
Enferm	enfermeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASC	Data de nascimento
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PA	Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	unidade básica de saúde
UNID	Unidade
URSI	Unidade de Referência em Saúde do Idoso
US	unidade de saúde
USF	unidade de saúde da família
VH	Unidade de Saúde Vila Helena

1 INTRODUÇÃO

A área da saúde sempre foi caracterizada pela atuação do profissional médico, ou médico-centrada, ou ainda hospitalocêntrica, como é costumeiramente chamada. Enquanto isso, as demais profissões que nela sempre atuaram, o fizeram de forma periférica, secundária, coadjuvante, quase que como orbitando os saberes do médico, opinião compartilhada por Salvador et al (2011).

Os cursos de graduação em saúde sempre ofereceram formação calcada na técnica e profundamente compartimentada. E os estudantes assim formados não se apresentam adequadamente preparados para a resolução dos problemas de saúde da população.

É necessário compreender que o indivíduo, no processo saúde-doença, precisa receber atenção completa, que envolva várias disciplinas atuando de forma conjunta, numa visão que envolve integralidade de ações (Saupe et al., 2007; Salvador et al., 2011).

Uma das principais características dos serviços de saúde hoje em dia no país é o atendimento feito por equipes multiprofissionais, cujo entrosamento, entendimento e troca de saberes entre seus membros levam à interdisciplinaridade (Salvador et al., 2011), tema central deste trabalho de pesquisa.

Atendimento interdisciplinar envolve trabalho recíproco, criando relações sociais horizontais, contrariamente ao que ocorre no modelo de assistência tradicional, hegemônico.

Exige que o saber do outro seja ouvido e pensado, inclusive dos indivíduos e das comunidades assistidos (Leite; Veloso, 2008).

Dessa forma, a intenção deste trabalho é analisar as percepções que trabalhadores e usuários de três unidades de saúde, com estratégias distintas de atendimento, apresentam sobre interdisciplinaridade.

Além disso, objetiva-se evidenciar fatores que possam contribuir positivamente para sua prática e outros que possam desmotivá-la, buscando contribuir para a melhora nos serviços prestados, tendo em vista a integralidade das ações.

Os cenários de análise foram: USF Paranapiacaba e US Vila Helena, ambas no município de Santo André, e CEO Vila Maria/Vila Guilherme, em São Paulo.

Os dados obtidos neste estudo foram analisados de forma quali-quantitativa e apresentados separadamente para profissionais e usuários.

A análise quantitativa foi feita por frequência e os resultados apresentados através de tabelas.

A análise qualitativa dos dados foi realizada por meio da utilização da técnica hermenêutica dialética (Minayo, 2004).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário por escrito, com questões abertas e fechadas acerca do tema proposto.

As questões não foram idênticas para todos os participantes, variando de acordo com seu papel na unidade de saúde.

A participação na pesquisa foi feita através da abordagem direta aos profissionais que trabalham e aos usuários que se encontravam nas unidades na ocasião do estudo, durante os meses de setembro e outubro de 2015.

No total foram entrevistados 36 profissionais e 44 usuários distribuídos entre os três cenários de análise.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Compreender como surgiu o conceito de interdisciplinaridade exige um retorno à Idade Antiga e seu modo característico de vida e de aquisição de conhecimentos pelos indivíduos. Naquela época, o ser humano vivia em comunhão com a natureza, dela se beneficiando e reconhecendo como parte inseparável, constituindo-se uma ideia de unicidade da vida.

Considerava-se que todos deveriam saber tudo sobre tudo. Na formação do cidadão era importante que ele dominasse os dois pontos formadores do conhecimento: o “*trivium*” e o “*quadrivium*”, que correspondiam aos saberes ligados à linguagem e à matemática, respectivamente, não perdendo de vista a unidade ou a integralidade de que era composto o universo.

Como membro integrante desse universo, o indivíduo deveria conhecer a si próprio e reconhecer que seu bem-estar estava relacionado a fatores interligados entre si. Fatores esses que teriam influência sobre o equilíbrio de sua saúde, como ambientes salubres, corpos bem cuidados, sociedade equilibrada entre o necessário e o possível de se ter (Aiub, 2006).

Como expoente máximo dos conhecimentos nessa época, não se pode deixar de citar Aristóteles, um dos maiores pensadores de seu tempo, com seu intenso domínio sobre múltiplos e variados saberes. Quase um ser onisciente.

Esse modo de formar os indivíduos com visão de universo chegou até a Idade Média, quando o conceito de integral, único passou a misturar-se com a noção de divindade. Nesse momento da história, Leonardo da Vinci, sem dúvida, foi um dos grandes gênios da humanidade, dominando saberes tão vastos e diversos que o tornaram uma das figuras mais emblemáticas da capacidade intelectual humana de todos os tempos (Aiub, 2006; Tonet, 2013).

Avançando-se na história humana, vê-se que a Idade Moderna trouxe conceitos importantes, que começaram a transformar a visão de totalidade de então

em outra mais fragmentada. Para isso muito contribuíram Galileu Galilei e Descartes. O primeiro, ao observar e descrever as leis do movimento, permitindo o nascimento de uma nova ciência: a física moderna. Descartes, por sua vez, alavancou o progresso da ciência ao criar metodologias científicas. Os conhecimentos passaram a ser tratados de maneira isolada, independente, um a um, conforme surgiam, sem a ideia de inserção num contexto maior, universal (Aiub, 2006).

Uma divisão gradativa do conhecimento foi tomando conta da ciência e propiciando uma enorme ampliação na quantidade e variedade de saberes. A tal ponto que se tornou, humanamente impossível, que figuras excepcionais como Da Vinci e Galileu, detentores de todos os saberes de sua época, continuassem despontando, dada a quantidade imensa de conhecimentos que teriam de adquirir (Tonet, 2013).

Mais ainda, com o surgimento da revolução industrial e do capitalismo, a humanidade viu-se diante da necessidade natural de um trabalho especializado, onde cada indivíduo, ou grupo deles, exerceria com maestria uma atividade laboral específica.

A humanidade passou então a assistir ao surgimento de outra espécie de “gênio”, aquele que domina muito bem um ramo da ciência e a ele dedica toda uma vida, tornando-se um especialista em determinado assunto.

Como consequência direta desse comportamento social é que se considera, então, que o saber passou a se fragmentar e compartimentalizar em setores ou, mais apropriadamente, em disciplinas, que isoladas entre si, acabaram por perder aquela visão do objeto da pesquisa como um todo, um ser único, constituído por partes interdependentes (Aiub, 2006).

“Assim, complexificação, especialização e fragmentação seriam consequências necessárias na trajetória do processo social” (Tonet, 2013).

De acordo com Luz (2009), a concepção de interdisciplinaridade surgiu a partir da metade do século XIX, quando a produção científica crescente levou ao surgimento de subdisciplinas na área médica, especializadas em novos objetos.

Esse processo fez com que os indivíduos chegassem ao século XX, especialmente na segunda metade, sendo analisados sob pontos de vistas cada vez menores, mais estreitos e específicos, dada a multiplicidade de disciplinas existentes.

Assim, é a partir dessa época que começa a ganhar corpo a ideia de fazer com que haja interação entre esses “pedaços” do saber, chamando-se interdisciplinaridade (Aiub, 2006; Tonet, 2013).

Segundo Japiassu (1976), Fazenda (1995) e Demo (1997), a interdisciplinaridade surgiu como uma forma de enfrentar a transformação da ciência em subáreas.

Fazenda (1995) descreve que a interdisciplinaridade possui três fases bem distintas: definição nos anos setenta, metodologia nos oitenta e, finalmente, teorização na década seguinte. Para a autora, todos esses momentos foram impulsionados pela constatação de que a pulverização da ciência em saberes isolados não é interessante. Social, biológica ou economicamente.

No Brasil, o lançamento do livro “Interdisciplinaridade e Patologia do Saber” (Japiassu, 1976), é considerado o momento do despertar do conceito de interdisciplinaridade na literatura científica nacional. Essa importante obra teve como base os estudos desenvolvidos pelo autor, na França, para sua tese de doutorado, em 1975.

Ninguém menos que Georges Gustorf, um dos primeiros pesquisadores europeus sobre o assunto já nos anos de 1970 e grande crítico ao processo de especialização da ciência, é quem assina o prefácio dessa obra clássica de Japiassu.

Ao lado de Hilton Japiassu, Ivani Fazenda, tornou-se outra importante referência em nosso país quando o assunto é interdisciplinaridade, por conta de seus inúmeros estudos e publicações na área, especialmente quando relacionados à metodologia de ensino.

A história da interdisciplinaridade no Brasil, de acordo com Furtado (2007), levou a erros ao se julgar que a especialização é desnecessária e que o bom relacionamento interpessoal é suficiente para acabar com o conhecimento compartimentado.

Segundo Gusdorf¹ (1967) apud Furtado (2007), a disciplinarização dos conhecimentos científicos é um processo comparável ao que acontece com a detonação de uma granada, quando surgem inúmeros e pequenos fragmentos, nesse caso, as disciplinas.

“Conforme a perspectiva epistemológica, da ciência, disciplinas nada mais são do que um saber organizado, constituído por um conjunto de teorias, conceitos e métodos voltados para melhor compreensão de fenômenos. [...].Segundo a perspectiva pedagógica, disciplinas adquirem sentido de conhecimentos a serem abordados por meio de matérias específicas” (Furtado, 2007).

A literatura científica, há tempos, utiliza-se de grande variedade de termos para tentar descrever as relações de trabalho ou de ensino/pesquisa entre sujeitos de áreas diversas. Utilizando-se de termos com significados nem sempre claros e muito menos de consenso entre autores, os estudos, por vezes, geram dúvida nos leitores e acabam por se tornarem um tanto inconsistentes, à medida que a ausência de terminologia bem definida vai contra um dos princípios do rigor da produção científica (Furtado, 2007; Thannhauser et al., 2010; Leite; Veloso, 2008).

¹Gusdorf G. Réflexions sur l'interdisciplinarité. Bull Psychol, 1967; 43(397):869-85.

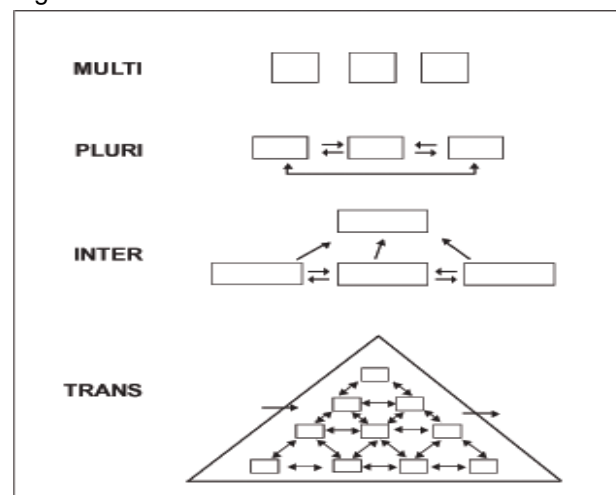
Palavras como interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, transdisciplinaridade, multiprofissionalidade, interprofissionalidade e transprofissionalidade são utilizadas como meios de contornar o problema da divisão do saber em subáreas cada vez menores e mais específicas (Tonet, 2013).

No intuito de tornar mais claras as diferenças entre os diversos termos existentes, autores diversos passaram a defini-los com base em um nível crescente de trocas de saberes, ou de interação, entre os sujeitos.

Assim, partindo-se de um nível muito baixo de interação para um cada vez mais intenso, temos a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, seguidas pela interdisciplinaridade e, por fim, a transdisciplinaridade.

Furtado (2007) apresenta e explica de modo bastante pertinente o modelo de Jantsch, que é reproduzido na figura 2.1.

Figura 2.1- Modelo de Jantsch



Na figura fica claro que a multidisciplinaridade representa apenas disciplinas isoladas entre si. Com a pluridisciplinaridade já se nota alguma interação entre esses saberes em torno de um tema em comum, através de algum tipo de coordenação.

Já a interdisciplinaridade estabelece um intercâmbio de conhecimentos bem mais intenso. Aqui não há apenas conceitos ou disciplinas expostos oportunamente sobre um objeto em comum. Encabeçados por um gestor, ocorre uma influência clara e direta de um saber sobre o outro, de forma a colocar todos no mesmo nível de importância. Cada um fazendo-se claro, sem excesso de termos técnicos sem sentido para os demais, criando-se novas formas de relacionamento ao realizar uma tarefa comum a todos do grupo.

Quanto à transdisciplinaridade, termo mais recente, criado por Jean Piaget em 1970 durante evento sobre economia, na França, fica patente que é um tipo de atitude de integração mais à frente e aprimorada que a interdisciplinaridade. Num nível de interação tão profundo que desconsidera os limites das disciplinas e até das nações, buscando compreender as diferenças humanas de forma global. Para Fazenda (1995), essa é uma meta utópica, impossível de ser atingida.

Transdisciplinaridade refere-se ao que se situa “entre, [...] através [...] e além das disciplinas [...]” visando “[...] a unidade do conhecimento” (Nicolescu, 2005), edificando-se um novo conhecimento em comum, maleável e sensível às necessidades de cada caso/contexto (Aiub, 2006).

Para Wanderley (2013), a transdisciplinaridade valoriza o saber especializado, à medida que procura por algo que vá além dele, buscando refazer a unidade cultural ao colocar o sentido de vida como centro da intenção.

“O desafio da transdisciplinaridade é gerar uma civilização, em escala planetária que, por força do diálogo intercultural, se abra para a singularidade de cada um e para a inteireza do ser. Por definição, não pode haver especialistas transdisciplinares, mas apenas pesquisadores animados por uma atitude transdisciplinar” (Wanderley, 2013).

De acordo com Luz (2009), a palavra transdisciplinaridade deve ser empregada quando a atenção de diversas disciplinas está voltada para um mesmo objeto, seja ele um paciente, um agravo, uma constatação relevante. A diferença em relação aos outros termos é que o objeto é definido totalmente após a atuação de cada disciplina, como uma consequência, um resultado encontrado em comum.

Considera-se a transdisciplinaridade como um modelo, paradigma de atuação em saúde mais recente ou “pós-moderno”.

Para Iribarry (2003) e para Saupe e Budó (2006) a transdisciplinaridade se refere à integração, à interação entre áreas do conhecimento. Acrescentando-se a habilidade de saber trabalhar em equipe, chega-se à interdisciplinaridade de fato.

Peduzzi et al. (2013), recomendam que para a utilização do prefixo multi deve-se levar em conta a presença de mais agentes, porém sem interação entre eles, opostamente ao termo inter. Quanto à disciplinaridade e profissionalidade, o uso deve ser feito quando referir-se à educação (formação/pesquisa) e prática, respectivamente, com o que está de acordo Furtado (2007).

Entretanto, outro artigo trata de forma indistinta os planos em que a interação ocorre, sejam eles ligados a práticas profissionais ou à educação e pesquisa (Iribarry, 2003).

Para Japiassu (1976), há diferenças entre interdisciplinaridade e termos assemelhados como multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade. Para ele, multidisciplinaridade aplica-se ao trabalho de várias disciplinas sobre um determinado assunto sem, entretanto, ocorrer interação, nem “[...] trabalho de equipe coordenado [...]”. Pluridisciplinaridade significa o trabalho de várias disciplinas sobre um determinado assunto, com interação, mas sem coordenação. Em relação à interdisciplinaridade, o mesmo autor aponta que sua principal característica é a “intensidade das trocas entre os especialistas e o grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa [...] vai além do diálogo paralelo [...]”. Afirma também que reunir profissionais de áreas diversas não estabelece uma atuação interdisciplinar, sendo fundamental a ocorrência de “um diálogo compreensível entre as disciplinas/profissões” e não apenas meras trocas entre elas. Com isso também concordam Jantsch e Bianchetti (2000) e Souza e Souza (2009).

Pensar em interdisciplinaridade nos dias atuais parece ser um caminho sem volta.

De acordo com Morin (2001), o mundo em que vivemos hoje nos apresenta, a todo o momento, questões multidisciplinares, multinacionais, transcontinentais e até globais, fazendo com que os conhecimentos em partes menores, isoladas entre si, não sejam mais suficientes para oferecer as respostas necessárias, pois “[...] a inteligência que apenas sabe separar atrofia as possibilidades de compreensão e reflexão” (Almeida et al., 2012).

Assim sendo, o uso da palavra interdisciplinaridade remete ao trabalho com interação e compartilhamento de conhecimentos entre os diversos profissionais envolvidos na mesma questão, num projeto comum (Leite; Veloso, 2008).

Também pensam dessa forma Garcia et al. (2007), quando afirmam que as ações interdisciplinares são baseadas em um objetivo em comum, que é a necessidade mostrada pelo sujeito que se encontra no centro das discussões, podendo esse sujeito ser um indivíduo, uma comunidade ou um grupo populacional determinado.

Para Leite (2001), o termo disciplina significa “ciência, instrução, ensino” e ao ser utilizado junto ao prefixo inter (= troca), passa a ideia de permuta entre as áreas de conhecimentos. Atuar de forma interdisciplinar significa relacionar-se de uma nova forma com seus pares permitindo-se, mutuamente, mudanças em suas práticas com vistas a um objetivo comum de melhor resolução dos casos.

Aprender a trabalhar com profissionais de outras disciplinas da mesma área, saúde, propicia ampliar a visão reducionista da compartimentação do saber em prol de um trabalho coletivo onde os conhecimentos individuais se complementam (Batista, 2005).

Este estudo baseou-se nas definições de interdisciplinaridade de Scherer et al. (2013) e Leite e Veloso (2008).

Para Aiub (2006), uma atuação disciplinar só pode dar conta de responder ao que está dentro de seus limites como disciplina, dando valor apenas a si mesma, colocando-se como proprietária da fala e da técnica mais adequada e importante na

resolução de um caso. Por outro lado, atuar de forma interdisciplinar envolve mostrar, entregar seus métodos aos demais, compartilhando ideias, saberes, paixões e desconhecimentos que uma disciplina isolada, certamente, apresenta dentro de seus estreitos limites.

Interdisciplinaridade concretiza-se com a busca conjunta de pontos em comum entre os diversos especialistas a partir de seus conhecimentos próprios (Parreiras; Martins Júnior, 2004).

Em estudo, Scherer et al. (2013), encontraram que interdisciplinaridade é um modo complexo de compreender e enfrentar as questões rotineiras que se apresentam aos profissionais de saúde, exigindo que conhecimento e ação sejam colocados em estreita relação, através do dialogar e negociar com vistas à maior resolutividade dos problemas. Mas que é justamente essa complexidade que impulsiona o pensamento e a ação interdisciplinares. Além disso, de forma equivocada, há um pensamento generalizado de que a interdisciplinaridade já está acontecendo apenas pela realização de discussões em equipe. Essa concepção é substituída, com o passar do tempo, por outra que mostra que ela é uma ação real, concreta que coloca conhecimentos e práticas lado a lado, de forma realmente integrada. Transformando a discussão em ação, reconstruindo os processos de trabalho, envolvendo todos ao mesmo tempo, do diagnóstico à organização das ações a serem tomadas.

Ainda de acordo com o mesmo estudo, os profissionais que fazem parte de um trabalho interdisciplinar sentem dificuldade na hora de agir de forma integrada, de efetivar de verdade a cooperação.

Frequentemente, as relações interpessoais interferem na autoestima dos membros da equipe de saúde, tornando difícil a manutenção de um objetivo comum dentro do projeto terapêutico durante as discussões de casos (Oliniski; Lacerda, 2004).

Costa (2002) refere-se a quatro pontos que dificultam a interdisciplinaridade em saúde: positivismo/biocentrismo, poder ligado à rigidez das disciplinas, ausência de

comunicação entre formação e pesquisa, e as dificuldades próprias da interdisciplinaridade, como aplicação de conceitos, métodos e formas diversificadas de práticas profissionais.

“Cabe destacar que a formação dos profissionais de saúde, mesmo que uniprofissional, sempre será interdisciplinar em decorrência do reconhecimento que o processo saúde-doença envolve diversos determinantes que extrapolam os limites anatomopatológicos e, portanto, conjuga um amplo leque de disciplinas em cada uma das áreas profissionais. Portanto, a educação profissional em saúde pode ser interdisciplinar com base na interação e na integração das diferentes disciplinas de cada área, não sendo, nestes moldes, interprofissional” (Barr et al., 2005).

Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996), de onde vieram as Diretrizes Curriculares Nacionais, a saúde é considerada uma área interdisciplinar, pois o processo saúde-doença envolve não só fatores biológicos, mas também, sociais e psicológicos (Saupe et al, 2007).

“A expansão do conhecimento de aspectos do processo saúde- doença e seus determinantes, que estão além do biológico do indivíduo, levam tacitamente a analisar e a construir mudanças ao se tratar de saúde. Aspectos que compõem o desenvolvimento saudável da vida humana, mais conhecidos, questionam a ênfase nos modos tecnicistas de abordar os problemas de saúde da população” (Leite et al., 2012).

Maior interação entre disciplinas e profissões é frequentemente ressaltada em vários textos e indicada como possibilidade de solução para questões cotidianas dos serviços de saúde, pois abandonar a prática isolada e adotar a articulada diminui tempo de espera e aumenta a resolução das necessidades dos usuários (Peduzzi et al., 2013; Scherer et al., 2013).

O trabalhador em saúde é a peça de maior importância para o SUS. A prática no trabalho conjunto de diferentes profissionais em saúde exige que também interajam socialmente e de forma horizontal, onde cada um representa parte fundamental para o alcance dos objetivos (Almeida; Mishima, 2001).

Ter seu trabalho reconhecido e valorizado, alcançando certo nível de prestígio social, é condição fundamental para o exercício de qualquer profissão. Entretanto, para aqueles que lidam com a vida humana, isso atinge uma importância ainda maior. E é por isso que o trabalhador em saúde precisa ter a oportunidade de suprir essas necessidades em seu ambiente laboral, vivenciando não só os sentimentos difíceis do cotidiano, mas também sensações de prazer com seu desempenho profissional, seu local de trabalho, seus relacionamentos (Martins et al., 2009; Nunes; Lins, 2009).

O profissional necessita sentir que pertence àquela unidade de saúde, aquele grupo, que faz parte de um coletivo maior do qual é parte integrante fundamental. Dessa forma, as discussões e trocas de ideias passam a ser realmente proveitosas (Oliniski; Lacerda, 2004).

Importante também, segundo Saupe et al. (2007) e Teixeira e Nunes (2004), são as competências necessárias aos recursos humanos para a concretização da interdisciplinaridade, que envolvem conhecimentos sobre as políticas do SUS e as Diretrizes Curriculares para a saúde, habilidades como trabalhar em equipe e resolver problemas de forma coletiva, e atitudes como tolerar, ouvir, falar, ser flexível e enxergar além de si mesmo.

Para que o SUS realmente ocorra nos moldes como foi concebido, é necessária maior qualidade na formação dos recursos humanos em saúde, levando-se em consideração as diferenças regionais dentro do país (Cordeiro, 2000).

Ocorre que a maneira como esses profissionais são formados, dentro de suas áreas específicas de atuação, compromete o funcionamento do SUS, pois há menor oferta de mão de obra preparada para a atenção primária, justamente o ponto de maior concentração de necessidades assistenciais dentro do sistema de saúde adotado no país (Salvador et al., 2011).

Assim, Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 1996) surgiram para adequar o ensino superior em saúde às necessidades sociais, buscando formar profissionais mais comprometidos com o SUS.

Dessa forma, alterações nos conteúdos curriculares começaram a ser implantadas gradativamente, mas com resistência, devida em parte ao desconhecimento de sua operacionalização, ao alterar relações horizontais entre especialistas nas práticas cotidianas e também a uma suposta perda de prestígio profissional (Souza et al., 2012).

O Sistema Nacional de Saúde carece de ideias e iniciativas que, de fato, promovam interação entre saberes e práticas no dia a dia dos serviços de saúde.

A complexidade das necessidades de saúde, que envolvem o princípio da integralidade, faz com que equipes multiprofissionais e instituições redescubram maneiras que incentivem trocas criativas entre as diversas áreas de conhecimento que compreendem a saúde, trazendo a corresponsabilidade ao nível da assistência (Feriotti, 2009).

Por isso, o PSF, Programa Saúde da Família, lançado em 1994 para viabilizar as mudanças sanitárias propostas pelo SUS, surgiu com o compromisso de reorientar as práticas em saúde dando prioridade a ações de promoção e prevenção.

Com o PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família, ou ESF, fortaleceu-se a ideia de um trabalho em equipe interdisciplinar, com vistas à integralidade do cuidado em saúde, abrangendo a prevenção, a promoção e a assistência curativo-reabilitadora à saúde, através da visão conjunta de diversos profissionais (Leite; Veloso, 2008).

Para as equipes do PSF, torna-se condição básica que cada profissional exerça sua função de forma complementar aos demais integrantes, sem valorização maior ou menor de nenhum de seus membros integrantes (Souza, 2011).

Leite e Veloso (2008) encontraram como resultados de seu estudo, que os profissionais das equipes de PSF, naturalmente multiprofissionais, apenas coexistem, sem interação efetiva entre si. Apenas ocorre a transferência do paciente de um profissional a outro, configurando interdisciplinaridade apenas por parte desse

pobre indivíduo que passa a vida a juntar as orientações recebidas gradativamente, à medida que circula pelas diversas e intermináveis especialidades. Ou seja, sem interdisciplinaridade verdadeira. Além disso, ficou evidente a ideia fantasiosa de que trabalhar em equipe é estar em família (com todos os bons sentimentos que isso provoca), ou que significa um trabalho que envolve vários profissionais, definição mais adequada para multiprofissionalidade. E essa concepção equivocada sobre interdisciplinaridade, também encontrada por Souza e Souza (2009), ficou mais evidente entre os profissionais com formação de nível médio, como agentes comunitários de saúde, ACSs e auxiliares em saúde bucal, ASBs.

Isso reforça a situação encontrada no meio acadêmico, que ainda não tem definições consensuais para o termo, conforme já citado anteriormente.

O mesmo estudo apontou as relações pessoais como fator importante e influenciado, diretamente, pela cooperação entre os membros das equipes. E que existem sim momentos de discórdia e sensação de inferioridade entre os membros, especialmente em ACSs.

Ultrapassar a barreira do paradigma já bem estabelecido do conhecimento compartimentado é ainda a maior dificuldade encontrada pelos profissionais, segundo as pesquisadoras.

Para Santos e Cutolo (2004), a própria formação recebida pelos estudantes na graduação é um problema para o PSF, sendo preciso reformular os conteúdos curriculares, buscando uma visão mais ampla da realidade populacional.

Em trabalho de Souza e Souza (2009), as falas transcritas dos entrevistados mostram claramente que a interdisciplinaridade é sentida como uma forma de enfrentamento de um caso clínico que se coloca para a equipe, utilizando-se da integração dos diversos conhecimentos. Ou seja, como algo aplicável à prática diária dos serviços. Nesse processo, esses mesmos sujeitos reconhecem que são essenciais habilidades de relacionar-se em grupo, de saber comunicar-se e a constante capacitação para que haja valorização, melhor e maior resolutividade dos serviços prestados. Nesse mesmo estudo, ficou evidente que a inadequada

formação acadêmica para o trabalho interdisciplinar é sentida pela maior parte dos profissionais, revelando-se como insegurança frente aos desafios enfrentados e cuja solução apontada é a capacitação profissional constante.

No estudo de Scherer et al. (2013), um bom exemplo de incentivo à interdisciplinaridade são as “interconsultas,[...] espaços de clínica em equipe [...] e os Momentos de Integração (MI)”, que modificam a maneira tradicional de trabalhar em saúde, integrando os envolvidos. Conviver num mesmo espaço e momento é fundamental para que os trabalhadores estabeleçam relações mais estreitas entre si, buscando-se evitar o destaque da figura do médico pela inesgotável negociação entre todos.

Segundo o mesmo estudo, construir a interdisciplinaridade é um processo difícil e, muitas vezes, paradoxal, à medida que não é visível de forma clara no cotidiano dos serviços, exceto quando modifica o já estabelecido modo de trabalhar. Essa constatação, segundo os autores, vai ao encontro da ideia predominante na literatura, de que a interdisciplinaridade só é possível na prática da realidade diária de cada serviço de saúde, com suas necessidades e características únicas.

Além disso, para esses mesmos pesquisadores, a política local e a maneira de gerir e organizar os serviços também afetam profundamente a prática interdisciplinar.

Nesse estudo também ficou claro que há defasagem entre aprendizado e prática, como constatado no estudo de Souza e Souza (2009), citado anteriormente, e de Salvador et al. (2011).

Outros pontos evidenciados na pesquisa foram: reconhecimento de que problemas de saúde são complexos, em especial para comunidades com recursos escassos; de que a interdisciplinaridade é difícil na prática; de que é necessário o abandono de pré-conceitos, preconceitos e atitudes enraizadas; e que o trabalho só era integrado quando voltado para ações na coletividade e não no trabalho assistencial dentro do serviço de saúde.

Os participantes da pesquisa também evidenciaram que a falta de autoconfiança, a timidez e o desconhecimento sobre interdisciplinaridade influenciaram diretamente o intercâmbio dos conhecimentos profissionais individuais dentro das equipes.

Praticar a interdisciplinaridade envolve dinamismo e um processo gradativo, já que não é vivenciada por todos os profissionais da mesma maneira. Além disso, ela não ocorre o tempo todo e nem com todos ao mesmo tempo nas rotinas de uma unidade de saúde (Saupe et al., 2005).

Interdisciplinaridade exige que o saber do outro seja ouvido e pensado, inclusive dos indivíduos e das comunidades assistidos (Leite; Veloso, 2008).

Mas esse conceito tem sido usado de forma equivocada e por isso tem dificultado a verdadeira interação disciplinar (Souza, 1999).

Para Feriotti (2009), “[...] esta é uma árdua tarefa, pois implica na transformação de estruturas institucionais historicamente construídas, de valores e hábitos adquiridos pela cultura da sociedade moderna”.

Estabelecer novos modos de formação dos profissionais, capacitando-os para a atuação com outros de áreas afins, tornou-se uma prioridade para o bom funcionamento do SUS (Salvador et al., 2011).

Essa necessidade é apontada em diversos documentos, além das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 1996), como “[...] no Aprender SUS, no Curso de Ativação de Mudanças para a Formação de Profissionais da Saúde (Fiocruz e MS), nas diretrizes da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS) e no Fórum Nacional de Educação dos Profissionais da Saúde (FNEPAS) [...]” de acordo com Almeida et al. (2012).

Reconhecendo que a formação dos profissionais de saúde é questão central para a efetivação da interdisciplinaridade, o Ministério da Saúde (MS) passou a investir também em Residências Multiprofissionais, buscando fazer a integração entre conhecimento e ação (Scherer et al., 2013).

Além disso, através do Departamento de Gestão de Educação na Saúde (MS), colocou em funcionamento por todo o país os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e de Pessoal em Saúde (Leite; Veloso, 2008).

A educação permanente, como forma de fortalecer o SUS por meio da qualificação dos profissionais, deveria criar um vínculo intenso entre a prática diária em saúde e as instituições de ensino, reformulando os serviços através da formação adequada dos profissionais. Porém, segundo Leite et al. (2012), essa transformação na prática está ocorrendo de modo muito vagaroso.

Outra iniciativa nesse sentido, lançada conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde em 2008, é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), cujo objetivo é incentivar a criação de grupos de aprendizagem para a Estratégia de Saúde da Família, qualificando os trabalhadores diretamente nos serviços de saúde. Além disso, busca incentivar graduandos em saúde a vivenciar a realidade do cotidiano desses serviços, sensibilizando-os, e às instituições de ensino, para as necessidades do SUS (Brasil, 2008).

Salvador et al. (2011) mostraram, em seu estudo sobre uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade, que essa modalidade de formação profissional favorece muito a transformação do modelo assistencial centrado na figura do médico para um novo modelo de atuação interdisciplinar.

Apesar de ser condição primordial para o exercício interdisciplinar, conhecer todas as profissões que compõem a grande área da saúde e suas formas específicas de atuação não acontece de modo homogêneo na equipe. A profissão com maior frequência de desconhecimento foi o serviço social, integrante da área de saúde desde 1997.

Esse desconhecimento repete-se no trabalho em equipe, quando vários profissionais de outras disciplinas demonstram desconhecimento sobre a atuação do assistente social (Flôres, 2011). A visão e a interpretação das condições de saúde do usuário por parte desse profissional conferem a ele uma possibilidade totalmente distinta para o encaminhamento das questões apresentadas e que pode ser

bastante distinta daquela do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (Conselho Federal do Serviço Social, 2010).

Ainda em relação ao estudo de Salvador et al. (2011), quando questionados sobre qual a profissão de que sentiram falta durante sua formação/atuação na residência e que seria importante para a atenção primária, as mais apontadas foram fonoaudiologia e terapia ocupacional. Outras profissões citadas, porém não pertencentes à saúde, foram: pedagogia, economia, biologia e ciências sociais.

Também ficou claro que capacitar os profissionais do SUS e criar espaços próprios para a discussão, como Projetos Terapêuticos Singulares, matriciamento, reuniões de equipe e a metodologia da clínica ampliada, favorecem o envolvimento dos integrantes numa ação verdadeiramente interdisciplinar.

O ensino superior pode formar profissionais preparados para ações interdisciplinares. Para isso, é necessário um projeto pedagógico que abrace essa ideia, através da utilização de um grupo docente empenhado em fazer uso dessa inovadora metodologia de ensino-aprendizagem e de gestores comprometidos com a implantação da novidade (Souza et al., 2012).

Num estudo desses mesmos autores são apresentadas as três iniciativas utilizadas num curso de odontologia para estimular a interdisciplinaridade entre os estudantes: introdução de temas sociais que permeiam várias disciplinas, buscando a interação entre a escola e a sociedade com seus problemas, através de assuntos do cotidiano, como direitos humanos, desigualdades sociais, políticas de saúde e ética; criação de momentos (seminários) para a discussão interdisciplinar de casos clínicos que traziam informações sociais, além das clínicas, buscando mostrar a complexidade das situações e soluções; e realização de uma só prova global, em vez daquelas tradicionalmente aplicadas por cada disciplina em separado. Tudo isso com vistas à integração dos conteúdos em módulos ou núcleos que levem o aluno a entender a interdisciplinaridade como meio para facilitar seu aprendizado.

Ainda nesse mesmo trabalho, ficou evidente que a atividade conjunta surtiu resultados que não poderiam ter sido alcançados individualmente por cada

disciplina, devido ao interesse e integração entre os professores envolvidos. Exatamente como observa Fazenda (2002):

"A atitude interdisciplinar não está na junção de conteúdos, nem na junção de métodos, muito menos na junção de disciplinas, nem na criação de novos conteúdos produtos dessas funções; a atitude interdisciplinar está contida nas pessoas que pensam o projeto educativo".

Atuação no campo terapêutico é ponto em comum entre todos os profissionais de saúde. Seja qual for a formação técnico-científica recebida na graduação, sempre será necessária a complementação de seus saberes pelos de outros profissionais, ou seja, a terapêutica não se encerra num único profissional. Dessa forma, para a concretização da integralidade, já referida anteriormente como intimamente relacionada à interdisciplinaridade, "é indispensável uma ética 'entre-disciplinas', pois esses projetos são mais complexos do que o recorte de uma profissão isolada possa atingir" (Ferreira; Olschowsky, 2009).

Variedades de metodologias que envolvem ativamente os participantes criam chances para o aprendizado da integração entre serviços, usuários e universidade, dando valor aquilo que cada um tem de conhecimento dentro do processo de trabalho (Mitre; Batista, 2008).

É exemplo disso a iniciativa dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Estadual Paulista, UNESP, ao criarem e implantarem a disciplina IUSC – Interação Universidade Serviço Comunidade – como um dos principais pontos dentro das mudanças no ensino, visando preparar docentes e alunos, futuros trabalhadores, para as exigências de uma atuação inserida num contexto mais amplo de visão profissional (Manoel, 2012).

Outro exemplo dessa integração entre a universidade, o serviço e a comunidade vem de um artigo de Almeida et al. (2012), que trata de uma parceria estabelecida há mais de trinta anos entre a UNIFOR, Universidade de Fortaleza e a Secretaria Municipal de Saúde do mesmo município. Mais de cinco mil estudantes das profissões de saúde da universidade vivenciam a prática diária das unidades de saúde, através de atividades que os colocam em contato direto com os trabalhadores e usuários desses serviços. Porém, apontam que há entraves

importantes nesse processo, como a ausência de local próprio para docentes e alunos junto aos trabalhadores e a falta de diversos profissionais nos serviços, importantes para acentuar a experiência interdisciplinar, como fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, farmacêuticos e educadores físicos.

Em seu artigo, ao analisar os resultados da implantação de uma nova carreira profissional, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, na Universidade Federal da Bahia, Mendes e Caprara (2012) afirmam que docentes e discentes mostram-se positivamente mais envolvidos e sensibilizados para questões sociais com essa modalidade educacional, que parece ampliar o horizonte de visão.

Enfrentar o modelo médico-centrado, tradicional e há tanto tempo estabelecido, exige trabalho mais intenso com a interdisciplinaridade, levando os membros da equipe a ampliarem seus conhecimentos e ações (Scherer; Pires; Jean, 2013).

Para Miranda et al. (2012) e Furtado (2007), os membros de uma equipe interdisciplinar estão em constante trabalho de reconhecimento por seus pares quanto a seus saberes, habilidades profissionais, capacidades de relacionamento e enfrentamento de questões, e diversidade de discursos. Ou seja, em constante batalha para evitar o domínio autoritário de um sobre o outro, o processo mútuo de reconhecimento só poderá ocorrer dentro de um local em comum, com o respeito a noções intrínsecas do SUS: “[...] integração, democracia e horizontalização [...]”, sob o olhar condutor de um gestor.

Para Onocko Campos (2005), a função principal do gestor dentro das equipes interdisciplinares é evitar os atritos por questões afetivas, fato muito corriqueiro nessa modalidade de trabalho, colocando-se como um ponto pacífico representante da instituição.

Dessa forma, toda equipe interdisciplinar torna-se única e maleável, à medida que seus membros, com suas características individuais, encontram-se em constantes mudanças em suas interrelações, ora promovendo a integração, ora o

contrário, influenciados pelo momento/espço político-social em que se encontram (Miranda; Onocko Campos, 2010).

Schwartz e Durrive¹ (2003) apud Scherer et al. (2013) afirmam, com muita propriedade: "a eficácia se obtém graças a um trabalho de apropriação normativa e de incessantes renormatizações, que no processo, articulam e redefinem saberes e valores".

De acordo com Luz (2009), o modelo interdisciplinar favorece a incorporação de disciplinas da área de ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva, uma vez que ajudam na compreensão do comportamento de diversas doenças intimamente associadas a grupos populacionais específicos, através da análise de comportamentos culturais que podem estar ligados a esse maior risco de adoecimento.

Entretanto, contrariamente a tudo já exposto até aqui, encontra-se a visão de Tonet (2013) de que o trabalho interdisciplinar é uma forma equivocada de se buscar solucionar a questão da divisão dos conhecimentos e cita cinco justificativas para isso: aprofundar conhecimentos não implica, necessariamente, em fragmentá-los; o saber não é autônomo, tem uma relação ontológica com o ser e as condições materiais do momento em que surge; não faz referência crítica ao processo de transformação social ao longo da história, que levou à fragmentação dos conhecimentos, considerando esta última apenas sob a ótica epistemológica, "pedagógica ou comportamental"; a fragmentação originou-se das condições da sociedade e não do próprio saber; e o padrão moderno de ciência tem no indivíduo sua base de conhecimentos e isso não pode ser esquecido, julgando-se que "[...] da soma desses diversos fragmentos, é possível obter um conhecimento totalizante de um determinado objeto".

¹Schwartz Y, Durrive L. *Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse: Octarés; 2003.

Tonet (2013) considera que se deva entender o surgimento da compartimentação do saber antes de qualquer tentativa de combatê-la, partindo-se não da realidade moderna, mas de todo um processo histórico de transformações sociais que levaram do modo de conhecimento total ao fragmentado. Assim, é intrínseca à condição de “social” do ser humano “tornar-se cada vez mais complexo e universal. Isto significa que a complexificação não é um defeito, mas uma determinação ontológica do ser social”.

Ainda segundo o mesmo autor e Jantsch e Bianchetti (2000), não há chances de que a compartimentação dos conhecimentos possa deixar de ser realidade apenas por iniciativas comportamentais, pedagógicas e nem mesmo epistemológicas. Suas raízes vão muito mais fundo na história humana, remontando à divisão laboral da sociedade a partir do surgimento da propriedade privada, e se fortificando nos tempos modernos com a fragmentação na criação de bens materiais, estimulada pelo capitalismo. Ou seja, seria necessária a transformação completa da sociedade, que criou a fragmentação do saber por sua própria necessidade.

Segundo Jantsch e Bianchetti (2000), para os defensores da interdisciplinaridade no Brasil, é muito forte, e equivocada, a ideia de que a especialização é um mal, que a ciência seria melhor se voltasse a ser universal. Ou mais ainda, que não há interação entre profissões apenas por pouco caso, falta de vontade dos envolvidos e ausência de coleguismo.

Deslocando-se agora o eixo da discussão sobre interdisciplinaridade dos profissionais para os usuários dos serviços de saúde, observam-se novos panoramas.

Enquanto consumidores das ações de saúde, os usuários beneficiam-se de sua articulação e integração, através da interação entre as disciplinas, à medida que esse movimento traz um incremento na resolubilidade dos serviços ofertados pelas equipes (Peduzzi et al., 2013).

Essa interação é o ideal da Estratégia de Saúde da Família, cujo intuito é trazer o benefício da visão conjunta de diversos profissionais (interdisciplinaridade) ao usuário, sem valorizar mais uma ou outra disciplina, mas todas igualmente, apesar de em muitos casos as equipes apenas coexistirem, sem interação, como afirmam Leite e Veloso (2008) e Souza (2011).

Leite et al., em trabalho de 2014, afirmam que quanto maior a interação entre profissionais de saúde, ou a atuação interdisciplinar e usuários mais assegurada está a possibilidade de uma assistência integral.

Outro benefício do trabalho interdisciplinar ligado aos usuários é a redução no número de encaminhamentos, à medida que há um número maior de profissionais de saúde respondendo pelo projeto terapêutico de cada paciente. Quando o trabalho em saúde ocorre de maneira interdisciplinar, evita-se que o paciente tenha que dispendir tempo desnecessário no aguardo de consultas que podem ser feitas com os próprios membros da equipe (Peduzzi, 2001, 2007), “[...] evitando-se a perda do paciente nas teias conhecidas e descontextualizadas constituídas pelos encaminhamentos” (Furtado, 2007).

Diversos autores apontam um dado importante quando se trata de usuários e atendimento interdisciplinar. A população usuária de serviços de saúde habitualmente considera importante receber atendimento multiprofissional.

Entretanto, não demonstra importar-se com as atividades que envolvem mais profissionais, ou ainda, não se interessa em participar de atividades ditas educativas grupais, provavelmente por considerar que trazem pouco ou nenhum impacto sobre suas vidas e de suas famílias. Esse paradoxo está presente nos estudos de Matumoto (2003), Ronzani e Silva (2008) e Costa e Rodrigues (2010).

Esse desinteresse por parte dos usuários em participar ativamente das decisões que são de seu interesse pode estar ligada à sua histórica exclusão do espaço decisório da unidade de saúde (Crevelim; Peduzzi, 2005).

A literatura também é rica ao mostrar que o usuário ainda não assimilou a importância do atendimento interdisciplinar em relação ao compartimentado. Ainda prevalece a assistência individualista em detrimento da multiprofissional interdisciplinar na visão do usuário, os indivíduos demonstram maior interesse pelo assistencialismo individual, do que pelas ações de promoção e de prevenção em saúde, mostrando a força que o biocentrismo ou o curativismo ainda mantêm em nossa sociedade. É dada ênfase ao trabalho do médico, enfermeiro, cirurgião dentista e auxiliar de enfermagem (Takemoto, 2005; Silva et al., 2006; Costa; Rodrigues, 2010; Jesus et al., 2008; Silva et al., 2012).

Um fator que é permeado pela ação interdisciplinar e que envolve diretamente os usuários dos serviços é o acolhimento. Estudos de Caprara e Franco (1999), Hirschon e Ditolvo (2004) e Souza (2011), mostram que todo paciente espera dos profissionais mais do que resolutividade para suas questões de saúde, mas também ser acolhido, ser recebido com uma boa escuta.

Fica clara a importância do trabalho em equipe, considerando-se que os serviços de saúde constituem-se em organizações complexas quaisquer que sejam os níveis de atenção.

Em se tratando de trabalho interdisciplinar, é imprescindível a qualificação específica de cada membro da equipe perpassando os limites de seu isolamento, num esforço de atuação conjunta para que as necessidades de saúde e o grau de satisfação do usuário possam ser atendidos (Kempfer et al., 2011).

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo tem por objetivo analisar a percepção da interdisciplinaridade por profissionais e usuários de três unidades de saúde, com diferentes estratégias de atendimento: USF Paranapiacaba e US Vila Helena, ambas no município de Santo André, e CEO Vila Guilherme, em São Paulo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi conduzido de acordo com a Resolução CNS 466 de 12/12/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP, nº de protocolo 1.167.924 e data de relatoria 03/08/2015.

Os dados obtidos neste estudo foram analisados de forma quali-quantitativa e apresentados separadamente para profissionais e usuários.

A análise qualitativa dos dados foi realizada com utilização da técnica hermenêutica dialética (Minayo, 2004) e a análise quantitativa foi feita por frequência.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário por escrito, com questões abertas e fechadas acerca do tema “*interdisciplinaridade*”.

As questões não foram idênticas para todos os participantes, variando de acordo com seu papel na unidade de saúde, usuário ou trabalhador, pois julgou-se que certamente suas visões seriam ricamente diversas, por ocuparem posições distintas nos locais.

Os instrumentos para coleta de dados são apresentados nos anexos A e B.

A técnica hermenêutica dialética, conforme preconizada por Minayo (2004) constitui-se numa análise científica qualitativa dos dados em que se buscam as significações específicas, próprias daquele grupo, que revelam suas relações particulares, extraíndo-se as ideias que os entrevistados tentaram verdadeiramente transmitir, comunicar. Estabelecem-se, então, relações de sentido entre essas ideias de forma a agrupá-las em categorias, a partir das quais o pesquisador apresenta suas conclusões sobre o assunto em relação aquele grupo em especial, o que pensa, como age. Merece destaque o fato de que nessa técnica a vivência do pesquisador exerce influência sobre os resultados, não sendo ele completamente

alheio e isento às conclusões da pesquisa. Este é um dos motivos que levam uma análise desse tipo a ser sempre única.

As etapas da análise qualitativa através da técnica hermenêutica dialética constaram de:

1. Leituras do “*corpus*” e significação: leituras repetidas e exaustivas do material obtido, buscando o significado que os autores quiseram passar, suas ideias.

2. Desmontagem dos textos: também chamada de unitarização, onde serão eliminados artigos, preposições, conjunções, deixando à vista apenas verbos, substantivos, adjetivos e advérbios se considerados importantes para o significado das ideias.

3. Categorização: estabelecimento de relações entre as palavras que apresentam sentidos semelhantes, afins, que resultaram da unitarização, gerando categorias de análise.

4. Captação do novo emergente: surgimento da ideia que estava por trás das palavras dos textos, daquilo que foi dito de forma velada, entrelinhas.

5. Metatexto: resultado de todas as etapas da pesquisa concluídas, esclarecendo os leitores.

À luz da análise hermenêutica dialética aplicada aos profissionais surgiram três categorias: *Meios para aumento da interdisciplinaridade*; *Fatores que afetam a interdisciplinaridade*, subdivididos em *Incentivadores*, *Desmotivadores* e *Ambíguos*; e, por último, *Resultados da interdisciplinaridade*.

Em relação aos usuários, as categorias emergentes, resultantes da análise qualitativa, foram: *Desinteresse*; *Visão assistencial individualista*; *Vantagens da interdisciplinaridade*.

Na medida em que as categorias foram definidas e expressas, foi iniciado um processo de explicitação de relações entre elas, de um argumento aglutinador do

todo, utilizado para costurar as diferentes categorias entre si, mostrando a compreensão do todo.

Foram produzidos textos parciais para as diferentes categorias, integrados na estruturação de um texto final apresentado como conclusão do trabalho. A validação por meio do uso de citações de elementos extraídos dos textos do corpus foi usada.

A participação na pesquisa foi feita através da abordagem direta aos profissionais que trabalham e aos usuários que se encontravam nas unidades na ocasião do estudo, durante os meses de setembro e outubro de 2015.

Após receber do pesquisador informações acerca do propósito da pesquisa, o entrevistado foi convidado a participar dela.

Ao aceitar participar da pesquisa, o entrevistado foi orientado a ler e assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo C).

Uma vez assinado o termo, o pesquisador entregou o questionário que deveria ser devolvido em até 24 horas.

Foram incluídos na pesquisa os trabalhadores locados nas três unidades de saúde anteriormente citadas que atuavam diretamente na assistência, contratados em regime estatutário, CLT e comissionados, de quaisquer idades, raça e gênero, com formação em nível superior: médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas; nível médio: auxiliares de enfermagem, auxiliares em saúde bucal; e nível fundamental: agentes comunitários de saúde.

No total foram 36 profissionais distribuídos entre os três cenários de análise. No CEO Vila Maria/Vila Guilherme foram entrevistados 13 profissionais, na US Vila Helena 12 profissionais e na USF Paranapiacaba 11.

Usuários deveriam pertencer à área de abrangência das unidades de saúde, serem maiores de idade, de ambos os gêneros, qualquer raça, que já tivessem utilizado as unidades de saúde citadas para atendimento assistencial ao menos uma vez e não apenas para vacinação ou retirada de medicações.

Em relação aos usuários, foram realizadas 44 entrevistas: no CEO Vila Maria/Vila Guilherme foram 13 entrevistas, na US Vila Helena foram realizadas 16 e na USF Paranapiacaba, 15 entrevistas.

Antes, porém são descritos os cenários de análise para este estudo.

-Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba:

A Unidade de Saúde da Família de Paranapiacaba localiza-se no município de Santo André, faz parte da Gerência de Saúde III e está distante 35 quilômetros do centro da cidade.

A região encontra-se em área de mananciais, sendo que a Vila de Paranapiacaba, como é conhecida a parte baixa, é tombada pelo patrimônio histórico em uma área correspondente a 83,22km².

No local há uma creche, uma EMEIF e uma Escola Estadual de Ensino Fundamental II e Médio.

A equipe de saúde da família da USF Paranapiacaba é responsável pelo atendimento de 2.865 pessoas, contando com um médico generalista, uma enfermeira, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde divididos em seis microáreas, contando ainda com uma encarregada técnica, uma encarregada administrativa e duas recepcionistas.

-Unidade de Saúde Vila Helena:

A Unidade de Saúde Vila Helena, situa-se no município de Santo André, na Região I, considerada centro do município e é responsável por cerca de 33 mil moradores.

Possui 1 encarregada técnica, 2 médicos clínicos gerais, 2 pediatras, 2 ginecologistas, 2 cirurgiões-dentistas, 1 auxiliar em saúde bucal, 5 auxiliares de

enfermagem, 2 enfermeiras e 10 profissionais administrativos atuando na recepção e farmácia.

-Centro de Especialidades Odontológicas Vila Maria/Vila Guilherme:

O CEO Vila Maria/Vila Guilherme compartilha a mesma edificação com uma UBS tradicional (sem serviço odontológico) e um AMA, embora atualmente a edificação esteja passando por uma reforma completa e os profissionais do CEO estejam espalhados por diversas UBS's da região. Esse CEO é referência para 9 UBS's da chamada micro região Vila Maria/Vila Guilherme.

Trata-se de um CEO tipo 2, com 4 cadeiras odontológicas, que oferta serviços de endodontia (3 profissionais), prótese (3 profissionais), cirurgia buco-maxilo-facial (1 profissional), semiologia (1 profissional), periodontia (2 profissionais) e atendimento a pacientes com necessidades especiais (1 profissional). Os profissionais se revezam em turnos de 4 horas, sendo que o horário de funcionamento é das 7:00h às 19:00h.

Além dos profissionais cirurgiões dentistas, a equipe também é composta por 8 ASBs e 2 recepcionistas. Todo o restante da equipe de apoio (hotelaria, farmácia, administrativo, etc...) não é exclusivo do CEO, sendo responsável também pela UBS e AMA, inclusive a gerência dos 3 setores é realizada por um único gestor, sendo que cada um dos setores possui o seu Responsável Técnico.

O CEO está sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional da Região Norte do Município de São Paulo, que é composta de cinco Supervisões Técnicas de Saúde, entre as quais a Vila Maria/Vila Guilherme, que ocupa uma área de 26,4 quilômetros quadrados, correspondendo a 1,75% da área total do município, com população estimada em 297.713 habitantes, constituindo-se em 2,62% da população municipal. Sua densidade demográfica, de 11.277 habitantes por quilômetro quadrado, é superior à média municipal de 7.077 habitantes por quilômetro quadrado.

Além do CEO, a OSS parceira administra outras 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na região, com três AMA (Assistência Médica Ambulatorial), uma AMA-E (Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades); sendo duas UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma UBS com Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) e com Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), complementando dessa forma, o atendimento prestado pelo Hospital Municipal Vereador José Storopoli - Vila Maria, pioneiro na microrregião.

Com a finalidade de facilitar a leitura, as questões utilizadas e todas as respostas obtidas nesta pesquisa, que constituíram seu “*corpus*”, encontram-se nos anexos E e F.

5 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados encontrados separadamente para profissionais e usuários.

Inicialmente, a intenção deste estudo era a de aplicar questionários sobre o tema interdisciplinaridade a três grupos amostrais que compreenderiam profissionais, usuários e gestores das três unidades de saúde participantes da pesquisa. Porém, durante a fase de coleta de dados, apenas um gestor, da US Vila Helena, concordou em participar, o que tornou inviável a manutenção do grupo a partir da etapa de análise dos dados coletados. Dessa forma, considerando-se que duas grandes categorias de entrevistados fizeram parte do universo amostral deste estudo, profissionais e usuários, os resultados encontrados serão apresentados para cada grupo em separado, iniciando-se pelos profissionais.

Os resultados apurados no escopo deste estudo serão apresentados através de duas metodologias de análise de pesquisa. A primeira, quantitativa, apresentada neste capítulo, utilizando-se a análise descritiva por frequência dos dados encontrados. Em seguida, no capítulo de discussão, serão demonstrados e discutidos os resultados obtidos por meio da utilização de técnica qualitativa de análise denominada hermenêutica dialética, conforme preconizada por Minayo (2004).

O primeiro grande grupo de resultados a ser apresentado é o de profissionais.

Para este estudo foram entrevistados, entre os meses de setembro e outubro de 2015, 36 profissionais distribuídos entre os três cenários de análise. No CEO Vila Guilherme foram entrevistados 13 profissionais, na US Vila Helena 12 profissionais e na USF Paranapiacaba 11.

Do total de entrevistados 26 eram do gênero feminino (72,0 %) e 10 eram do gênero masculino (28,0%).

A idade dos participantes variou de 22 a 68 anos, sendo a média de 46,75 anos.

Quanto ao tempo de serviço no SUS, este variou de 3 meses a 31 anos, sendo a média encontrada de 14,30 anos.

Os mesmos profissionais apresentaram tempo de trabalho na unidade variando de 3 meses a 25 anos, sendo a média de 8,23 anos.

A tabela 5.1 apresenta a distribuição dos profissionais nas unidades de acordo com o cargo exercido.

Tabela 5.1- Distribuição dos profissionais entrevistados nas unidades participantes da pesquisa de acordo com o cargo exercido

CARGO	UNIDADE							
	CEO		US VH		USF PA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ACS	-	-	-	-	5	45,4	5	100,0
ASB	5	38,4	1	8,3	1	9,1	7	100,0
Auxiliar Enfermagem	-	-	4	33,3	2	18,2	6	100,0
Cirurgião Dentista	8	61,6	-	-	1	9,1	9	100,0
Enfermeiro	-	-	2	16,6	1	9,1	3	100,0
Médico	-	-	5	41,8	1	9,1	6	100,0
TOTAL	13	100,0	12	100,0	11	100,0	36	100,0

Em relação à primeira questão *Você já sentiu necessidade de ter outros profissionais de saúde em grupos educativos e em reuniões para discussão de casos?*, os resultados apurados por frequência encontram-se na tabela 5.2, que mostra os números de respostas afirmativas (S), negativas (N) e indefinidas ou em branco (NS), de acordo com o cargo.

Tabela 5.2- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido

RESPOSTAS								
CARGO	S	%	N	%	NS	%	n	%
Aux Enfer	6	100,0	-	-	-	-	6	100,0
Enferm	2	66,6	1	33,3	-	-	3	100,0
Médico	4	66,6	2	33,3	-	-	6	100,0
C.Dentista	5	55,5	4	44,4	-	-	9	100,0
ACS	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0
ASB	1	14,2	2	28,5	4	57,1	7	100,0
TOTAL	20	55,5	12	33,3	4	11,1	36	100,0

Ainda em relação à 1ª questão, mas separando-se as unidades de saúde, os resultados encontrados estão nas tabelas 5.3, 5.4 e 5.5 e foram os seguintes:

Tabela 5.3- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido no CEO

RESPOSTAS								
CARGO	S	%	N	%	NS	%	n	%
C.Dentista	5	62,5	3	37,5	-	-	8	100,0
ASB	-	-	1	20,0	4	80	5	100,0
TOTAL	5	38,4	4	30,7	4	30,7	13	100,0

Tabela 5.4- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido na US Vila Helena

RESPOSTAS								
CARGO	S	%	N	%	NS	%	n	%
Aux Enferm	4	100,0	-	-	-	-	4	100,0
Enfermeiro	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0
Médico	3	60,0	2	40,0	-	-	5	100,0
ASB	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
TOTAL	8	66,6	4	33,3	-	-	12	100,0

Tabela 5.5- Distribuição das respostas dos profissionais à 1ª questão de acordo com o cargo exercido na USF Paranapiacaba

RESPOSTAS								
CARGO	S	%	N	%	NS	%	n	%
Aux Enferm	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0
Enfermeiro	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Médico	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
C.Dentista	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
ACS	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0
ASB	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
TOTAL	7	63,7	4	36,3	-	-	11	100,0

Em relação às respostas dadas à 2ª questão, *Em caso afirmativo, quais?*, as categorias profissionais citadas foram diversas e se encontram, por ordem decrescente de frequência, na tabela 5.6.

Tabela 5.6- Distribuição das categorias profissionais de acordo com o número de citações dos profissionais por unidade de saúde

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	NÚMERO DE CITAÇÕES			
	CEO	US VH	USF PA	TOTAL
Assistente Social	-	4	2	6
Nutricionista	-	2	1	3
Fonoaudiólogo	2	-		2
Psicólogo	-	-	2	2
Pediatra	1	-	1	2
Enfermeiro	1	-	-	1
Educador Físico	-	1	-	1
Médico	1	-	-	1
Ortopedista	-	1	-	1
Cirurgião Cabeça e Pescoço	1	-	-	1
Geriatra	1	-	-	1
Otorrinolaringologista	1	-	-	1
Endocrinologista	1	-	-	1
Ginecologista	-	-	1	1
Cardiologista	-	-	1	1
Dermatologista	1	-	-	1
Saúde Mental	-	-	1	1
Cirurgião Bucomaxilofacial	1	-	-	1
Saúde Bucal	-	-	1	1
Técnico em Saúde Bucal	1	-	-	1
Pessoal Auxiliar	1	-	-	1
Equipes Multidisciplinares	-	1	-	1
TOTAL : 22 categorias	13	9	10	32

Quanto à 3ª questão, *O que você acha que poderia ser feito para aumentar a interação ou as trocas de informações entre os profissionais?*, as respostas sugeridas foram agrupadas em unidades de análise por semelhança e distribuídas de acordo com frequência de citação, conforme mostra a tabela 5.7.

Tabela 5.7- Distribuição das respostas dos profissionais à 3ª questão de acordo com a frequência de citação por unidade de saúde

CITAÇÕES	CEO	%	US	%	USF	%	n	%
			VH		PA			
Reuniões	4	23,5	7	41,1	6	35,2	17	100,0
Capacitações	3	50,0	-	-	3	50,0	6	100,0
Grupos	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0
Atas	1	50,0	-	-	1	50,0	2	100,0
Já existem	-	-	2	33,3	4	66,6	6	100,0
Nada	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Periódicos	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0
Semanais	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0
Mensais	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
Curto	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Total	13	29,5	11	25,0	20	45,4	44	100,0

Em relação aos dados apresentados na tabela 5.7, é importante destacar que “*atas*” não representam exatamente um modo de aumentar trocas de informações entre profissionais, mas foram incluídas por terem aparecido em mais de uma resposta e serão oportunamente analisadas no capítulo de discussão dos dados.

A resposta identificada como “*nada*” foi incluída na tabela 5.7 pelo fato de ser totalmente diferente das demais e também será analisada no capítulo adequado.

O segundo grande grupo de resultados desta pesquisa é composto por usuários entrevistados. Em relação a esses foram realizadas 44 entrevistas, 34 com mulheres (77,2%) e apenas 10 com homens (22,8%).

No CEO Vila Maria/Vila Guilherme foram 13 entrevistas, na US Vila Helena foram realizadas 16 e na USF Paranapiacaba 15 entrevistas.

As idades dos participantes variaram entre 23 a 83 anos, sendo que a média ficou em 46 anos.

Apenas 8 dos entrevistados referiram estar aposentados ou trabalhando em casa (do lar) e 3 usuários não eram moradores das localidades onde foram realizadas as entrevistas. Esses 3 eram usuários do CEO, que por ser uma unidade de referência da região, atende a muitos munícipes que não são, necessariamente, moradores da localidade onde se encontra a unidade.

Quanto ao tempo em que esses usuários se utilizam dos serviços dessas unidades, apenas 4 referiram utilizar-se da unidade há menos de 1 ano.

Quanto à frequência de utilização dos serviços dessas unidades as respostas variaram muito, desde um usuário que havia utilizado a unidade uma única vez, até outro que referiu utilizar os serviços diariamente.

Em relação à primeira questão, *Você já participou de grupos educativos na Unidade de Saúde?*, os números de respostas afirmativas (S), negativas (N) e indefinidas ou em branco (NS), encontram-se na tabela 5.8, de acordo com a unidade de saúde.

Tabela 5.8- Distribuição das respostas de usuários à 1ª questão de acordo com a unidade de saúde

UNIDADE	RESPOSTAS							
	S	%	N	%	NS	%	n	%
CEO	3	23	6	46,1	4	30,7	13	100,0
US VH	-	-	16	100,0	-	-	16	100,0
USF PA	6	40,0	9	60,0	-	-	15	100,0
TOTAL	9	20,4	31	70,4	4	9,09	44	100,0

Quando questionados sobre “*Quais profissionais participaram desses grupos?*” as respostas variaram intensamente entre as unidades e encontram-se agrupadas por categoria profissional citada em cada um dos três locais da pesquisa, conforme mostra a tabela 5.9.

Tabela 5.9- Distribuição das categorias profissionais presentes em grupos de acordo com o número de citações dos usuários por unidade de saúde

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	NÚMERO DE CITAÇÕES			
	CEO	US VH	USF PA	TOTAL
Enfermeiro	1	-	4	5
Médico	-	-	3	3
Cirurgião Dentista	-	-	2	2
Psicólogo	1	-	-	1
Educador Físico	1	-	-	1
Especialistas	-	-	1	1
Auxiliar	-	-	1	1
Não se lembra	1	-	1	2
TOTAL	4	-	12	16

Quanto à terceira questão, *Você acha importante receber atendimento de mais de um profissional de saúde para resolver seu problema quando vem à unidade?*, as respostas foram separadas em afirmativas (S), negativas (N) e indefinidas ou em branco (NS) e se encontram na tabela 5.10, de acordo com a unidade de saúde.

Tabela 5.10- Distribuição das respostas de usuários à 3ª questão de acordo com a unidade de saúde

RESPOSTAS									
UNIDADE	S	%	N	%	NS	%	n	%	
CEO	8	61,5	1	7,6	4	30,7	13	100,0	
US VH	6	37,5	6	37,5	4	25,0	16	100,0	
USF PA	12	80,0	2	13,3	1	6,6	15	100,0	
TOTAL	26	59,0	9	20,4	9	20,4	44	100,0	

Em relação à quarta pergunta, *Quais profissionais participariam desse atendimento e como seria feito?*, nenhum dos usuários entrevistados indicou algum modo para se fazer o atendimento, mas os profissionais mais lembrados encontram-se na tabela 5.11, de acordo com a unidade de saúde.

Tabela 5.11- Distribuição das categorias profissionais que participariam de grupos de acordo com o número de citações dos usuários por unidade de saúde.

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	NÚMERO DE CITAÇÕES			
	CEO	US VH	USF PA	TOTAL
Médico	1	-	2	3
Enfermeiro	-	-	2	2
ACS	-	-	1	1
Psicólogo	1	-	-	1
Auxiliares de Enfermagem	-	-	1	1
Assistente Social	1	-	-	1
Nutricionista	1	-	-	1
Cardiologista	-	1	-	1
Ginecologista	-	1	-	1
Recepcionistas	-	1	-	1
TOTAL: 10 categorias profissionais	4	3	6	13

Cabe destacar que a categoria médico foi utilizada para citações que não especificavam qualquer especialidade, como ocorrido com cardiologista e ginecologista.

6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados serão discutidos através de duas metodologias de análise de pesquisa. A primeira, quantitativa, utilizando-se a análise descritiva por frequência dos dados encontrados. Em seguida, serão discutidos os resultados obtidos por meio da utilização da técnica qualitativa denominada hermenêutica dialética, conforme preconizada por Minayo (2004).

À luz desse método, surgiram três categorias analíticas, tanto para profissionais como para usuários, que serão discutidas na sequência.

Iniciando-se pela análise descritiva com o grupo dos profissionais serão discutidas uma a uma todas as questões e resultados observados.

Em relação às respostas dadas à primeira questão, *Você já sentiu necessidade de ter outros profissionais de saúde em grupos educativos e em reuniões para discussão de casos?*, observou-se que todas as categorias profissionais envolvidas na pesquisa, sem exceção, responderam afirmativamente.

Porém, grandes variações ocorreram, desde 14,2% da amostra de ASBs (1 apenas) até 100% das auxiliares de enfermagem (6 indivíduos), passando por 66% dos médicos e enfermeiras (4 e 2 profissionais, respectivamente), 20% de ACSs (1 apenas) e 55,5% de cirurgiões dentistas (5 profissionais).

Importante salientar que 57,1% das ASBs não demonstraram qualquer interesse quando questionadas se sentiam falta de outros profissionais em grupos educativos, ignorando a pergunta.

Essa falta de valorização da atuação interdisciplinar na visão dessa categoria profissional de nível médio, também é apontada por Souza e Souza (2009).

Neste estudo, em relação às ASBs, o desinteresse parece estar ligado aos locais escolhidos para a realização do trabalho de campo. É possível que tenha ocorrido um viés científico nesse caso, pois das sete ASBs entrevistadas, seis delas

não participam de atividades em equipe dentro de suas unidades, estando habituadas a rotinas exclusivamente biprofissionais: ASB e cirurgião dentista.

Apenas uma das ASBs entrevistadas – a que atua na USF Paranapiacaba - conta com reuniões de equipe e outras atividades interdisciplinares, como visitas domiciliares e grupos educativos em sua rotina e por esse motivo, imagina-se, consegue compreender melhor o que pode significar a presença de mais profissionais ao se discutir um caso clínico, buscando melhor resolução deste.

E foi justamente essa mesma profissional a única ASB a responder afirmativamente quando questionada se sentia falta de outros profissionais em reuniões de equipe, mostrando dar importância à questão interdisciplinar em seu trabalho. Exemplo claro de ampliação da visão reducionista da compartimentação, do isolamento, com vistas ao trabalho coletivo, com o que concorda Batista et al. (2005). O mesmo foi constatado por Souza (2011), cujo trabalho mostrou que as profissionais de saúde bucal, ASBs, que atuam em equipes da Estratégia de Saúde da Família são mais conscientes sobre a relevância de uma atuação integrada com outras profissões.

Outro viés que também pode ter ocorrido neste estudo é o fato de, à exceção de um cirurgião dentista que atua em Estratégia de Saúde da Família, todos os demais exercerem suas atividades no CEO. Dessa forma, suas rotinas não contemplam atividades interdisciplinares, o que pode ter influenciado os resultados encontrados, pois cerca de metade da amostra referiu não sentir falta de outros profissionais para discussão de casos.

Apesar de as auxiliares de enfermagem terem respondido positivamente à questão em 100% dos casos, isso não significou um grande interesse interdisciplinar conforme pode ser observado quando surgiram as respostas à questão número dois, analisada adiante.

Em relação à segunda questão, *Em caso afirmativo, quais?*, foram citadas 22 categorias profissionais no total, incluindo-se “*pessoal auxiliar*” e “*equipes multidisciplinares*”.

A categoria profissional de saúde cuja ausência foi a mais sentida em grupos educativos e em reuniões para discussões de casos foi assistente social (18,75% do total).

A hipótese neste caso é a de que os demais profissionais reconhecem que o assistente social é o profissional mais preparado para dar andamento às questões sócio-assistenciais, mantidas e centralizadas pelos governos em formas de políticas. E que muitas vezes essas questões, quando solucionadas, podem representar melhores condições de vida aos sujeitos que são o centro das discussões de casos. Com isso está de acordo Machado (2013).

A segunda categoria profissional mais lembrada (9,4% das vezes) como aquela que poderia ajudar em reuniões de equipe e grupos educativos foi o nutricionista.

Imagina-se que tal fato tenha ocorrido porque os demais profissionais da equipe interdisciplinar de saúde conhecem a realidade apresentada pela população brasileira em relação a agravos crônicos, excesso de peso e obesidade causados pela má alimentação. Sendo assim, o tratamento dessas enfermidades ou mesmo sua prevenção, torna imprescindível a atuação daquele profissional (Silva, 2013; IBGE, 2010; Assis et al., 2002). E os resultados deste estudo parecem mostrar isso.

Cabe salientar que, apesar de assistente social ter aparecido como a categoria profissional cuja ausência em grupos educativos e reuniões de equipe foi a mais percebida, médicos aparecem em 34,3% das citações (11 vezes), quando são reunidos todos os especialistas citados individualmente, que vão desde pediatra, otorrinolaringologista, dermatologista, endocrinologista, até geriatra e cirurgião de cabeça e pescoço.

Fonoaudiólogo e psicólogo foram lembrados, individualmente, em 6,2 % dos depoimentos.

Observou-se que a fonoaudiologia foi lembrada em 100% das vezes no CEO, provavelmente pela habitual ligação entre odontologia e essa profissão, conforme

pode ser observado em trabalhos de Inagaki et al. (2015) e Mondelli e Rocha (2011).

Em relação ao psicólogo, 100% das citações ocorreram na USF Paranapiacaba. A hipótese para esse fato é a de que, apesar desse profissional estar previsto como integrante da equipe do NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ele ainda não faz parte do quadro de profissionais que apoiam a referida USF. Isso representa um problema, com o que está de acordo Cella (2015). Dessa forma, sua ausência foi notada neste estudo.

Para a terceira questão, *O que você acha que poderia ser feito para aumentar a interação ou as trocas de informações entre os profissionais?*, observou-se que quase metade das citações feitas veio da USF Paranapiacaba (45,4%), resultado que se poderia considerar esperado, uma vez que a USF é o único dos três locais pesquisados onde atividades interdisciplinares já fazem parte da agenda dos profissionais, sendo-lhes, portanto, familiares.

Como estratégia interdisciplinar, a mais lembrada em todas as unidades foi *reuniões* (38,6% das citações). Souza (2011) destaca que, de fato, “[...] a prática de reuniões regulares da equipe representa uma importante estratégia para facilitar a comunicação.”

Outro instrumento considerado relevante pelos entrevistados para aumentar as trocas entre os profissionais foi a capacitação, com 13,6% das citações. Isso mostra que adquirir conhecimentos é essencial para o relacionamento em equipe ao diminuir inseguranças. Com isso estão de acordo Souza e Souza (2009).

Os termos “*atas*” e “*nada*” serão foco da análise qualitativa feita adiante.

Em relação ao grupo dos usuários, os resultados encontrados por frequência de respostas à primeira questão, *Você já participou de grupos educativos na Unidade de Saúde?*, mostraram que mais de 70% dos entrevistados relatou não ter participado de grupos educativos nas unidades de saúde, deixando transparecer uma grande predominância de atividades assistenciais individuais, evidenciando o

foco curativista e distante da promoção da saúde, que é um dos papéis da atenção básica em saúde. Tal fato também foi encontrado por Jesus et al. (2008).

Na USF Paranapiacaba, onde obviamente ocorrem grupos educativos de forma rotineira, o número de entrevistados que disseram nunca terem participado desse tipo de atividade foi muito grande (60%), demonstrando que essas práticas trazem pouco ou nenhum impacto sobre suas vidas, tanto é que não fizeram questão de incorporá-las. O mesmo foi constatado por Costa e Rodrigues (2010) e Jesus et al. (2008).

A US Vila Helena apresentou um índice de 100% dos entrevistados referindo nunca ter participado de grupos educativos. Uma hipótese para esse fato poderia ser a faixa etária do grupo amostral dessa unidade de saúde. Exceto por dois indivíduos do gênero masculino, com 71 e 56 anos, as idades situam-se entre 24 e 53 anos, período considerado produtivo na vida e que, pelo trabalho, impede os indivíduos de frequentarem uma unidade de saúde que funciona apenas das 07:00h às 17:00h. Essa questão de dificuldade de utilização por horário também aparece em estudo de Kempfer et al. (2011).

É necessário salientar aqui que se observou mais um viés científico neste estudo. Neste ponto diz respeito aos usuários entrevistados no CEO.

Ocorreu aqui uma falsa ideia de que quase metade deles já participou de grupos educativos nessa unidade. Porém, ocorre que o CEO não é uma unidade de saúde que realiza grupos educativos.

Portanto, ficou muito evidente que os entrevistados referiram-se às suas unidades de origem e não exatamente ao CEO, como era a intenção dessa pesquisa.

Dessa forma, os resultados da análise descritiva foram apresentados, mas não serão levados em conta para a discussão.

Nas respostas dadas à segunda questão, *Quais profissionais participaram desses grupos?*, houve uma grande predominância da presença de enfermeiros nos

grupos educativos, seguidos por médicos. Isso facilmente se justifica pelo fato de a quase totalidade das citações ter sido feita por usuários da USF, onde a composição mínima da equipe de saúde, responsável pelos grupos educativos, ser: um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACSs (Crevelim; Peduzzi, 2005).

A presença de cirurgião dentista, citado duas vezes, ainda é pequena em relação à população atendida pelas unidades de saúde do município de Santo André que fazem parte do estudo. Porém, tende a aumentar com o passar dos anos, conforme forem autorizadas novas equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, como observado por Munkeviz e Pelicioni (2010) no município de São Paulo.

O número de outros profissionais citados demonstra que ainda é tênue a presença de outras disciplinas em grupos educativos nessas unidades de saúde.

Quando se observam as respostas dadas à terceira questão, *Você acha importante receber atendimento de mais de um profissional de saúde para resolver seu problema quando vem à unidade?*, fica bastante evidente (80%) que na USF Paranapiacaba os entrevistados consideram importante receber atendimento de mais de um profissional de saúde para resolver seu problema quando procuram a unidade.

Esse fato ocorreu provavelmente porque os usuários entrevistados já estão acostumados a serem frequentemente acolhidos por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACSs, previamente à consulta com o médico da família ou com o cirurgião dentista, se preciso.

Isso favorece uma visão positiva sobre os resultados em relação à sua própria saúde e sobre a relação com a equipe que o atende, com o que concordam Matos e Pires (2009).

Analogamente, os resultados encontrados na US Vila Helena mostram que apenas metade dos usuários entrevistados julga importante ser atendido por mais de

um profissional ao procurar a unidade, provavelmente pelo fato da população atendida nesse local ainda não ter sido beneficiada com a implantação da Estratégia de Saúde da Família e não receber acolhimento nos mesmos moldes da unidade anterior.

Mais uma vez, conforme explicitado anteriormente, os dados encontrados para o CEO não serão considerados para efeito de discussão.

Em relação à quarta pergunta, *Quais profissionais participariam desse atendimento e como seria feito?*, nenhum dos usuários entrevistados indicou algum modo para se fazer o atendimento, o que está de acordo com os achados de Costa e Rodrigues (2010).

Pode-se observar que a ideia sobre participação profissional continuou centrada em atividades curativistas, individuais, tradicionalmente clínicas, nada grupais ou interdisciplinares, apontando médico e enfermeiro igualmente como as categorias mais lembradas, conforme observado também por Jesus et al. (2008), Silva et al. (2006) e Costa e Rodrigues (2010).

Ressalte-se aqui que, apesar de os resultados terem apontado a categoria médico com o maior número absoluto de citações, uma delas foi feita por usuário do CEO, onde não há esse tipo de profissional. Portanto, para efeito de contagem de dados válidos, essa única citação foi desconsiderada.

“No meu caso quando recebi o diagnóstico de câncer senti falta de um apoio psicológico.”

A fala transcrita acima exemplifica exatamente um caso de citação de uma das três atividades profissionais mais lembradas pelos usuários, excluídos médicos, enfermeiros e ACSs, para participarem de seu atendimento: psicólogo, assistente social e nutricionista.

Esse resultado é consistente com estudo anterior de Ronzani e Silva (2008), onde os profissionais mais lembrados foram psicólogo, assistente social e cirurgião dentista.

Porém, cabe ressaltar que apesar de as três citações (uma para cada profissão) terem sido feitas no CEO (onde não há essas especialidades), não foram desconsideradas por não terem influenciado nos resultados finais. Mas terem servido como ilustração para as profissões lembradas.

Após as considerações feitas acima, baseadas na análise quantitativa, serão iniciadas as discussões com base na análise qualitativa, por meio da técnica hermenêutica dialética (Minayo, 2004). À luz dessa estratégia de pesquisa, três categorias de análise tornaram-se evidentes quando os entrevistados foram os profissionais das unidades de saúde: *Meios para aumento da interdisciplinaridade*; *Fatores que afetam a interdisciplinaridade*, subdivididos em *Incentivadores*, *Desmotivadores* e *Ambíguos*; e *Resultados da interdisciplinaridade*.

Em relação à primeira categoria analítica, *Meios para aumento da interdisciplinaridade*, durante a leitura das respostas, “*reunião*” foi uma das palavras mais citadas pelos entrevistados como uma forma para aumentar a interdisciplinaridade, conforme trechos das entrevistas transcritos abaixo.

“Ter reuniões frequentemente com a equipe da unidade”

“Reuniões com recursos interdisciplinares”

“[...]para que haja reuniões periódicas [...]”

“Mais reuniões com a equipe.”

“Reuniões mensais com toda a equipe”

“Uma ideia inicial seria abrir espaço nas "agendas dos profissionais" periodicamente [...] p/ reuniões multiprofissionais [...].”

Observa-se que os entrevistados apresentam uma visão equivocada, como a apontada por Japiassu (1976), de que a simples reunião de profissionais já estabelece uma atuação interdisciplinar. Essas afirmações também condizem com os resultados do estudo de Scherer et al. (2013) em que há um pensamento generalizado de que a interdisciplinaridade já está acontecendo apenas pela realização de discussões em equipe. Percebe-se que falta a noção de que é necessário interagir e não somente reunir-se para trocar informações. É preciso fazê-lo de forma efetiva, compreensível e satisfatória para todos, o que é defendido por Jantsch e Bianchetti (2000) e Souza e Souza (2009). Com interação e compartilhamento entre aqueles envolvidos numa mesma questão, segundo Leite e Veloso (2008).

Assim, “reunir-se”, pura e simplesmente não é suficiente para um trabalho interdisciplinar, mas por outro lado, conviver num mesmo espaço e momento é fundamental para que os trabalhadores estabeleçam relações mais estreitas entre si, conforme Salvador et al. (2011) e isso ficou evidente nas falas dos entrevistados, não apenas pelo fato de se referirem repetidas vezes à ideia de “reunião” ou “encontros”, “periódicos”, mas também pela clareza da fala abaixo, que cita o distanciamento como um empecilho.

“Os profissionais presentes na unidade são de fácil acesso e boa intenção, o problema são profissionais de outras unidades que não temos facilidade de acesso e não conseguimos discutir casos.”

Para os mesmos autores, criar espaços próprios para a discussão, dentre os quais as reuniões de equipe, favorece o envolvimento dos integrantes numa ação verdadeiramente interdisciplinar. Interessante notar que o depoimento acima pertence a uma cirurgiã dentista do CEO, unidade fisicamente distante das demais, na qual não há programações de reuniões de equipe e o trabalho é bastante isolado e compartimentado, ou seja, com nenhuma presença de atividade interdisciplinar na rotina diária. Ficou evidente que a profissional percebe que estar mais próxima ao colega que referenciou o paciente poderia ser mais vantajoso para todos, usuários e profissionais, na resolução dos casos. Ou seja, como afirmam Peduzzi et al. (2013) e Scherer et al. (2013), ao se deixar de lado a prática isolada e se adquirir o hábito do atendimento conjunto ou articulado com outros profissionais, ganha-se no tempo de espera e no aumento da resolução das necessidades dos usuários.

Interessante foi a observação, feita por uma médica, que deixou evidente a preocupação com a questão da importância da organização para aumentar a interdisciplinaridade:

“Reuniões para discussão de rotinas e protocolos para execução de tarefas.”

De fato, pode-se observar que ao se estabelecer um ritmo a ser seguido e sempre lembrá-lo aos participantes, toda e qualquer atividade flui de maneira menos penosa e com resultados mais satisfatórios para todos. O protocolo dita o ritmo a ser seguido por todos e, de certa forma, tranquiliza, pois torna claras as atitudes a serem tomadas e esperadas dos membros da equipe, facilitando o trabalho.

Essa opinião está de acordo com aquela apresentada por Schwartz e Durrive¹ (2003) apud Scherer et al. (2013): "a eficácia se obtém graças a um trabalho de apropriação normativa e de incessantes renormatizações, que no processo, articulam e redefinem saberes e valores".

Ainda na categoria "*Meios para aumento da interdisciplinaridade*", a noção de que intensificar a interação entre os profissionais de uma unidade de saúde é um processo trabalhoso, complexo, longo, com envolvimento de muitos foi mínima, mas surgiu de forma interessante no depoimento de uma enfermeira:

"Necessita de processo que implica de que forma a doença impacta na vida do paciente e da família, em um trabalho que envolva equipes multidisciplinares e não apenas atuação do médico."

Essa fala, apesar de única, deixou transparecer quase um apelo para que os profissionais deixem de lado a velha concepção de centralizar o conhecimento médico e rodeá-lo dos saberes das demais disciplinas, posicionando-se como figurantes diante do protagonismo do colega.

Essa noção, aliada à ideia de que o sujeito cuja necessidade de saúde é o centro da discussão, o objetivo comum a todos os membros da equipe e não somente ao médico ficaram claras na fala dessa profissional e são também defendidas por Miranda e Onocko Campos (2010), Leite e Veloso (2008), Almeida e Mishima (2001), Scherer et al. (2013) e Garcia et al. (2007).

¹Schwartz Y, Durrive L. *Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse: Octarés; 2003.

Cabe destacar que na US Vila Helena, onde o modelo assistencial não envolve reuniões de equipe por se tratar de uma unidade de saúde nos moldes tradicionais, dois médicos demonstraram satisfação com o nível de interação entre os profissionais que lá atuam, conforme os depoimentos transcritos a seguir:

“Na nossa unidade a troca de informações entre profissionais é feita de maneira direta e fácil.”

“A troca de informações entre profissionais é satisfatória.”

Por tratar-se de uma unidade de saúde tradicional, a US Vila Helena não conta com quaisquer momentos para encontros e conversas entre os profissionais para discussão de casos, como ocorre nas USFs. Porém, surpreendentemente, durante os atendimentos ocorrem ocasiões frequentes em que um profissional procura diretamente o outro em seu consultório para solucionar dúvidas, pedir opiniões e solicitar avaliações de pacientes que estão sendo atendidos naquele momento e que, assim, não precisarão peregrinar por tantas agendas.

Tal qual relatado em trabalho de Scherer et al. (2013), em que a interdisciplinaridade era caracterizada “[...] pela liberdade de "invadir" o atendimento do outro [...].”

Atendimento interdisciplinar real, promovendo a interação entre médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e auxiliar em saúde bucal.

Essa constatação vai ao encontro daquela observada por Peduzzi et al. (2013) e Scherer et al. (2013) de que ao se deixar de lado a prática isolada e se adquirir o

hábito do atendimento conjunto ou articulado com outros profissionais, ganha-se no tempo de espera e no aumento da resolução das necessidades dos usuários.

Nessa unidade pode-se observar que os profissionais sentem-se corresponsáveis pelo bem estar dos usuários, descobrindo modos inusitados e criativos de trocas entre as diversas áreas, o que é fundamental para o trabalho interdisciplinar de acordo com Feriotti (2009).

Além disso, os profissionais apresentaram com bastante clareza a noção de que cada um representa parte fundamental para o alcance dos objetivos, havendo intensa interação social, horizontal, enxergando além de si mesmos, comportamentos ideais segundo Almeida e Mishima (2001), Saupe et al. (2007), Teixeira e Nunes (2004). Superando a dificuldade de agir de forma integrada, com verdadeira cooperação, como afirmam Scherer et al. (2013).

Após as considerações feitas acima pode até surgir uma imagem idílica da US Vila Helena, como sendo um paraíso para o atendimento interdisciplinar, o que absolutamente não condiz com a realidade.

Durante nosso trabalho de campo, o único cirurgião dentista apto a participar da pesquisa, pelo fato da unidade só contar com dois profissionais, recusou-se a fazê-lo, deixando entrever o receio de um possível descontentamento por parte da administração municipal, ou seja, a influência da política local sobre a interdisciplinaridade, conforme descrito por Miranda e Onocko Campos (2010). Nesse caso levado a um nível extremo por parte do profissional.

Ainda analisando-se a categoria "*Meios para aumento da interdisciplinaridade*", destacou-se o depoimento dado por um cirurgião dentista do CEO:

"Não acho necessária nenhuma atividade pois ao meu ver a referência ou a contrarreferência ou até mesmo uma carta receituário seja suficiente para a troca de informações."

Esse depoimento mostra que a interdisciplinaridade é difícil na prática, que o profissional desconsidera a complexidade envolvida em problemas de saúde, de que é necessário o abandono de pré-conceitos, preconceitos e atitudes enraizadas para que seja possível enxergar que o trabalho integrado pode ir além daquele voltado para ações na coletividade, atingindo igualmente o serviço assistencial dentro da unidade de saúde, conforme também afirmam Scherer et al. (2013).

Essa visão interdisciplinar ocorre, provavelmente, devido à formação recebida pelo profissional desde a graduação, voltada ao trabalho independente, sem articulação em equipe, resultando em dificuldade para enxergar além de si, com o que concordam Souza e Souza (2009).

Como o profissional em questão atua no CEO, local em que a rotina diária não inclui discussões de casos, nem trocas de saberes interdisciplinares para a efetivação do trabalho de cada profissional, nossa hipótese é a de que o cirurgião dentista encontrou nessa forma de trabalho sua zona de conforto.

Analisando-se agora a segunda categoria, *Fatores que afetam a interdisciplinaridade*, quatro fatores foram evidenciados nas falas dos entrevistados, considerados incentivadores para a atuação interdisciplinar.

- Troca de informações

Nota-se que para os profissionais envolvidos no estudo a utilização da expressão “*troca de informações*” e outras assemelhadas como “*troca de ideias*”, “*sugestões*”, deixam transparecer satisfação. Como se fosse algo positivo para um relacionamento entre profissões, mas que na verdade é a própria interdisciplinaridade, conforme já descrito por Japiassu em 1976.

Os profissionais deixaram entrever em suas falas que a troca de informações, ou a efetiva comunicação entre os membros da equipe favorece o trabalho de todos, o que tende a melhorar o resultado de seu exercício profissional no dia-a-dia, opinião compartilhada por Leite (2001) e Batista et al. (2005).

Foi perceptível durante a leitura dos depoimentos que as trocas de informações dentro de uma equipe multidisciplinar podem transformá-la em interdisciplinar e fazer seus membros se sentirem incentivados a fazerem sua parte dentro do grupo. Com isso estão de acordo Jantsch e Bianchetti (2000) e Souza e Souza (2009).

Saliente-se que aqui o termo “*troca de informações*” não está sendo estritamente relacionado a “*reuniões de equipe para discussão de casos*”. Isso pelo fato de ter surgido neste estudo um exemplo, certamente incomum, de que sua coexistência parece não ser essencial (ver subitem anterior, US Vila Helena).

Abaixo alguns exemplos de depoimentos:

“Trocamos ideias e informações durante as reuniões de equipe.”

“[...] reuniões semanais de equipe, o que favorece a troca de informações, opiniões e decisões para serem aplicadas no ambiente de trabalho.”

“[...] é feito reunião de equipe semanalmente, onde são feitas trocas de informações, opiniões e sugestões.”

- Sensação de pertencimento

Outro fator que surgiu - e parece afetar positivamente a interdisciplinaridade - foi uma sensação de pertencimento ao local de trabalho, à equipe, demonstrada nas falas de alguns dos entrevistados.

“Na nossa unidade já é feito [...].”

“Em nossa unidade já existe [...].”

“Na nossa unidade a troca [...].”

“Trocamos ideias e informações durante as reuniões de equipe.”

Esse uso do “nós” e suas conjugações, em vez do “eu”, apareceu de forma interessante. E equipe foi uma das palavras mais utilizadas durante todos os depoimentos. Um sentimento de fazer parte de um grupo, de pertencer a uma unidade de saúde, de ser como uma das peças que compõem o todo daquele serviço é extremamente importante na vida de um profissional da saúde coletiva. Tem o poder de estimular o trabalho solidário, compreensivo, amigável, abrindo caminho para a interdisciplinaridade, com o que estão de acordo Oliniski e Lacerda (2004), Martins et al. (2009) e Nunes e Lins (2009).

Vale a pena destacar que três das quatro falas transcritas foram de ACSs, pertencentes exatamente à única categoria profissional do estudo que não existiria sem interdisciplinaridade, de forma isolada, demonstrando que possuem noção de trabalho em equipe.

A quarta fala foi de um médico da US Vila Helena que, conforme já explicitado anteriormente, não tem qualquer tipo de atividade interdisciplinar oficial em sua agenda, mas na prática a exerce com naturalidade e descomplicação.

- Capacitação

Outro fator que pode ser benéfico à interdisciplinaridade que apareceu com destaque nos depoimentos profissionais foi a capacitação. Ficou evidente o interesse de serem preparados para o desempenho das atividades interdisciplinares através de cursos e palestras, para superar inseguranças para o trabalho em equipe, conforme pode ser notado nas declarações a seguir:

“Reunião de equipe semanal com capacitações.”

“Palestras interdisciplinares.”

“[...] palestras, cursos [...]”

“Educação continuada.”

“Grupos-capacitações.”

“Reuniões periódicas, palestras, cursos”

Melhorar conhecimentos favorece qualquer profissional no desempenho de suas funções, mas isso é especialmente importante quando do trabalho interdisciplinar, pois todos tendem a compreender-se mais mutuamente. A constante

capacitação dos membros da equipe interdisciplinar tende a aumentar a valorização individual, diminuindo as inseguranças. Com isso estão de acordo Souza e Souza (2009).

E quando se fala aqui em conhecimentos, não se diz respeito a áreas técnicas especializadas apenas, de domínio de cada um dos profissionais, mas sim de uma questão maior, mais ampla, que abrange todos os membros da equipe, consideradas competências necessárias para a efetivação de um trabalho interdisciplinar. São os conhecimentos sobre as políticas do SUS e as Diretrizes Curriculares para a Saúde, por exemplo. Esta última influenciando os futuros profissionais desde seu mais primitivo contato com a carreira escolhida. Estes fatos vão ao encontro das observações feitas por Saube et al. (2007) e Teixeira e Nunes (2004).

- Acolhimento

“Ampliação do olhar da saúde. Acolher para reconhecer o que o outro traz como prática e necessidade de saúde. Acolhimento melhora relação entre equipe e usuário.”

De fato. Essa fala mostra que uma forma de aproximar mais os profissionais é ampliar seu olhar, enxergando muito além de si, aprendendo a ouvir. Com isso estão de acordo Saube et al. (2007) e Teixeira e Nunes (2004).

Acolher faz com que a equipe precise estar mais entrosada, para que o usuário seja recebido adequadamente e da forma mais resolutiva possível. Isso vai exigir o saber integrado de todos os membros da equipe, trabalhando juntos, lado a lado, bem organizados, com bom relacionamento interpessoal, fato também defendido por Kempfer et al. (2011). O acolhimento promove a saúde, agiliza e organiza o serviço, propiciando mais conforto ao paciente e sua família. No acolhimento não há práticas isoladas, o que favorece diretamente a atuação interdisciplinar (Falk et al., 2010).

Analisando-se ainda a segunda categoria, *Fatores que afetam a interdisciplinaridade*, surgiu um único fator desmotivador da interdisciplinaridade, aqui chamado de *falta de comprometimento*. Scherer et al., em publicação de 2013, também encontraram algo semelhante.

Durante os depoimentos pode-se perceber certa frustração por parte de alguns profissionais ao se referirem a atitudes adotadas por seus pares, que mostravam falta de comprometimento com os objetivos de um trabalho em equipe. Abaixo, um exemplo de fala:

“Reunião onde todos participe.”

Essa fala demonstrou como trabalhar em equipe pode ser um processo penoso, pois nem todos querem participar, com o que estão de acordo Miranda e Onocko Campos (2010).

Fica claro o quão necessário é participar efetivamente da equipe, adotando posturas adequadas como dialogar, tolerar, respeitar, ouvir e enxergar o que está além de si, num compromisso constante com os colegas de equipe. Essas observações condizem com os estudos de Saupe et al. (2007), Teixeira e Nunes (2004) e Souza e Souza (2009).

Chamou a atenção um dos depoimentos, dado por uma ASB, pela intensidade do sentimento de incômodo com a atitude de colegas:

“Após reuniões deveria ter ata para os informados assinarem. E os que não foram serem. E não ficar disse não me disse. Ou não entendi. Ter falta de esclarecimento.”

O fato de a profissional sugerir que se contorne o descaso de outros membros da equipe com a utilização de ata após as reuniões mostra que tem noção de compromisso assumido a ser cumprido. Essa atitude é consistente com aquela encontrada em estudo de Matos e Pires (2009), onde o registro em ata das decisões da equipe dá segurança aos membros sobre o que deverá ser feito. É a noção de corresponsabilidade, defendida por Feriotti (2009) e também encontrada na fala de um cirurgião dentista do CEO:

“[...]periodicamente [...] p/ reuniões multiprofissionais, com registros, atas,[...]”

Um terceiro grupo a ser apresentado na sequência engloba fatores que se mostraram ambíguos durante esta pesquisa, podendo adequar-se a ambas classificações, dependendo apenas de um simples detalhe de interpretação. Fatores ligados ao gestor e comportamentais exemplificam este grupo.

Conforme explicitado anteriormente, foi criada esta categoria para que sejam realocados fatores influentes sobre a interdisciplinaridade, mas que ora penderam para o lado dos facilitadores ora para desestimuladores, sendo, portanto considerados ambíguos.

- Fatores ligados ao gestor

Da leitura exaustiva do material resultante dos depoimentos dos profissionais, emanou a sensação de que a relação interdisciplinar pode sofrer influência positiva ou negativa de fatores ligados ao gestor. A fala transcrita a seguir exemplifica um caso de fator negativo: número insuficiente de profissionais:

“Maior número de funcionários para que haja reuniões periódicas sem prejuízo no atendimento aos usuários.”

Este depoimento demonstra a preocupação com o número reduzido de profissionais presentes na unidade para atendimento da demanda de usuários e que poderia ser ainda menor durante as atividades interdisciplinares que, obviamente, exigiriam sua reunião e conseqüente afastamento momentâneo da atividade assistencial. Administrar o quadro de profissionais é função exclusiva do gestor e são recorrentes na literatura os relatos de falta de recursos humanos nas unidades de saúde. (Oliveira; Albuquerque, 2008; Crevelim; Peduzzi, 2005).

Já no exemplo transcrito abaixo, observa-se que o fato de o gestor definir a pauta e retornar com *feedback* traz sensação de bem estar, sendo fator positivo:

“Uma ideia inicial seria abrir espaço nas "agendas dos profissionais" periodicamente (com bom senso p/ não comprometer os serviços prestados...) p/ reuniões multiprofissionais, com registros, atas, pauta bem definida de forma a otimizar e ampliar os trabalhos serviços prestados com "feed back" das ações já executadas etc, etc...”

Nesse depoimento ficou claro que tomar conhecimento dos resultados das decisões em equipe pode ajudar nos trabalhos interdisciplinares. Dessa forma, ao trazer o *feedback*, o gestor poderá mostrar caminhos, estimular a equipe, dissolver conflitos. Esse resultado coincide com os estudos de Souza (2011) e de Barboza e Fracolli (2005). Interessante é que essa noção veio justamente de um cirurgião dentista do CEO e não de uma unidade com atividade interdisciplinar.

- Comportamentais

Comportamentos tanto podem ser benéficos como desfavoráveis ao trabalho interdisciplinar, pois afetam as relações, que influenciam na cooperação. Com isso estão de acordo Souza e Souza (2009).

Durante a leitura do material de pesquisa surgiram tanto citações de comportamentos favoráveis como desfavoráveis nas unidades pesquisadas.

As transcrições a seguir podem elucidar melhor essa questão.

Exemplo de comportamento positivo:

“Os profissionais presentes na unidade são de fácil acesso e boa intenção,[...]”.

Segundo esse depoimento, pertencente a uma cirurgiã dentista do CEO, apesar dessa unidade não contar oficialmente com atividades interdisciplinares, momentos de trocas de informações sugerem experiências positivas, à medida que os profissionais parecem ser flexíveis, tolerantes e se colocarem como parte fundamental para o alcance de objetivos (Almeida; Mishima, 2001; Saupe et al., 2007; Teixeira; Nunes, 2004).

Exemplo de comportamento negativo:

“Humanização e respeito. Assim o trabalho em grupo seria mais satisfatório.”

O depoimento acima deixa entrever que o profissional, ACS, sente-se desrespeitado durante as atividades em grupo, tornando-as desagradáveis. Neste caso, falta a interação social, horizontal, a noção de que cada um representa parte fundamental para o alcance dos objetivos. Esses resultados convergem para aqueles encontrados por Almeida e Mishima (2001), Leite e Veloso (2008) e Souza (2011).

Outro exemplo de comportamento nocivo à interdisciplinaridade:

“Ter mais diálogo.”

Essa afirmação, feita por uma ASB do CEO, mostra que a profissional ressent-se desse comportamento isolado adotado na unidade. Mas, tipicamente, não estão previstas atividades integrativas de equipe numa unidade de saúde como o CEO. De qualquer forma, parece que a profissional consegue perceber mesmo assim que estabelecer um bom diálogo entre as disciplinas é fundamental para o trabalho interdisciplinar. Com esse fato estão de acordo Jantsch e Bianchetti (2000) e Souza e Souza (2009).

A terceira e última categoria que emergiu da análise hermenêutica dialética, *Consequências da interdisciplinaridade* está ligada aos resultados que o trabalho interdisciplinar pode proporcionar.

Observaram-se três consequências sob a ótica dos profissionais entrevistados: Serviços prestados; Ambiente de trabalho; Descentralização médica.

A principal consequência ocorreu sobre os serviços prestados ao usuário, impactando positivamente sua vida e de sua família.

Abaixo são transcritos exemplos de depoimentos que sustentam esse achado.

“[...] implica de que forma a doença impacta na vida do paciente e da família, em um trabalho que envolva equipes multidisciplinares [...].”

“Ampliação do olhar da saúde. [...] para reconhecer o que o outro traz como prática e necessidade de saúde. [...] melhora relação entre equipe e usuário.”

A interdisciplinaridade favorecer a relação entre a equipe e o usuário vem do fato de diminuir o tempo de espera e elevar o grau de resolução dos casos, melhorando a vida do usuário e também de sua família, que passam a valorizar mais o atendimento recebido. Com isso estão de acordo Peduzzi et al. (2013) e Scherer et al. (2013).

Outro ponto evidenciado foi que a interdisciplinaridade, na forma de reuniões de equipe com trocas de informações verdadeiras, favorece também o próprio ambiente de trabalho, pois possibilita ajustes em protocolos e rotinas a serem seguidos, rearranjando constantemente o eixo norteador das práticas nos serviços pesquisados, conforme as falas a seguir:

“[...] discussão de rotinas e protocolos para execução de tarefas.”

“[...] reunião de equipe semanalmente na qual os diversos profissionais discutem os casos e trocam informações sobre as rotinas.”

“[...] reuniões semanais de equipe, [...] favorece a troca de informações, opiniões e decisões para serem aplicadas no ambiente de trabalho.”

Esse achado vai ao encontro daquele presente no estudo de Miranda e Onocko Campos (2010), em que a interdisciplinaridade só é possível na prática diária de cada serviço, com necessidades e características únicas. Além disso, também está de acordo com trabalhos de Schwartz e Durrive¹ (2003) *apud* Scherer et al. (2013) em que “a eficácia se obtém graças a um trabalho de apropriação normativa e de incessantes renormatizações, que no processo, articulam e redefinem valores.”

Uma terceira evidência que surgiu da utilização da análise hermenêutica dialética foi que a interdisciplinaridade libera a figura do médico do centro da responsabilidade com o sujeito-objeto da discussão, ou seja, o paciente.

A partir do momento em que uma equipe é constituída, todos os seus membros passam a ter igual responsabilidade pelos casos discutidos, devendo envolver-se com todos os conhecimentos que sua disciplina permite, de forma a trocar saberes em prol da resolução do caso, com o que estão de acordo Scherer et al. (2013), Leite e Veloso (2008), Garcia et al. (2007) e Leite (2001).

Abaixo, segue transcrição da fala de uma enfermeira da US Vila Helena que exemplifica esse achado:

“[...] um trabalho que envolva equipes multidisciplinares e não apenas atuação do médico.”

¹Schwartz Y, Durrive L. *Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse: Octarés; 2003.

A partir deste ponto, será apresentada a discussão da análise qualitativa feita sobre o material das entrevistas com os usuários das unidades de saúde selecionadas para esta pesquisa.

As categorias analíticas emergentes foram: *Desinteresse; Visão assistencial individualista; Vantagens da interdisciplinaridade.*

A primeira categoria, *Desinteresse*, ficou bastante evidente nos depoimentos. Durante a pesquisa, todos os usuários entrevistados tiveram a oportunidade de manifestar sua opinião e dar suas sugestões no que diz respeito à maneira como o atendimento de suas necessidades de saúde poderia ser feito conjuntamente por mais de um profissional.

Porém, surpreendentemente, nenhum deles sugeriu quaisquer formas de atendimento que pudesse envolver mais de um profissional de saúde quando procurasse pela unidade, apesar de a grande maioria julgar isso importante. Esse achado coincide com o de Ronzani e Silva (2008).

Sabe-se, obviamente, que esses usuários desconhecem que isso seria um atendimento interdisciplinar, mas observou-se que pouco ou nada se importam em tomar parte naquilo que lhe cabe, que lhe é de direito por lei, qual seja: participar da condução dos serviços da unidade de saúde, opinando, sugerindo, fazendo observações que possam melhorar suas próprias vidas. Essa observação coincidiu com a de Matumoto (2003), que aponta a ausência do usuário como protagonista de seu papel nos cuidados em saúde.

Limitaram-se a não responder à questão, fazê-lo de forma aceitável raramente ou, então, responderem de maneira a se livrarem do incômodo:

“Não lembro, era muita gente.”

“Não lembro.”

Essa clara demonstração de desinteresse vai ao encontro daquela encontrada por Costa e Rodrigues (2010), cujo estudo mostrou que os entrevistados não se importavam com atividades que unissem vários profissionais, chamadas grupais, considerando que traziam pouco ou nenhum impacto sobre suas vidas e de suas famílias.

A leitura dos depoimentos deixou evidente que ainda há predomínio da *visão assistencial individualista*, a segunda categoria emergente, nas unidades pesquisadas.

O foco maior da atenção dos pesquisados recaiu sobre o médico e o enfermeiro, seguidos pelo cirurgião dentista e pelo auxiliar de enfermagem. Todos exercendo suas atividades de maneira isolada.

Observem-se os exemplos a seguir:

“[...] as meninas da vacina.”

“Foi na área, médico, enfermeira, auxiliar, dentista e etc”.

“A dra. deu bastante atenção aos problemas.”

“Médicos, enfermeiras, dentista.”

“[...] enfermeira Selma.”

“Médicos e enfermeiros.”

“ACS, dra. Selma (enfermeira), dr. Agenor(médico generalista), as meninas da vacina.”

Esse resultado converge para aqueles obtidos por Costa e Rodrigues (2010), Jesus et al. (2008) e Silva et al. (2006) em que os indivíduos também mostraram maior interesse pelo assistencialismo individual, do que pelas ações de promoção e de prevenção em saúde, mostrando a força que o biocentrismo ou o curativismo ainda mantêm em nossa sociedade, com destaque para a figura do enfermeiro (Takemoto, 2005; Silva et al., 2012).

Uma última categoria analítica que emergiu da análise hermenêutica dialética foi *Vantagens da interdisciplinaridade*.

Já foi explicitado durante a análise descritiva que os dados coletados em relação aos usuários do CEO foram desconsiderados, pois um viés científico foi identificado.

Porém, para a presente análise, não só as respostas dadas pelos usuários foram levadas em consideração como representaram um rico material de trabalho, em especial para a categoria em questão, que será explicada a seguir.

Todas as respostas pertinentes, que realmente mostraram o quão importante é na opinião do entrevistado o atendimento por mais de um profissional de saúde quando vem à unidade, vieram de usuários do CEO.

Obviamente, conforme os exemplos transcritos a seguir, não se referiam ao atendimento específico do CEO, mas sim a suas unidades de origem no município de São Paulo.

“Acho importante para esclarecer melhor os pacientes.”

“Diagnóstico melhor e com mais qualidade.”

“Porque mais profissionais contribuiriam para chegar em um diagnóstico preciso.”

As declarações acima mostram a noção de que quanto maior a interação entre profissionais de saúde, ou atuação interdisciplinar, e usuários mais assegurada está a possibilidade de uma assistência integral, com o que está de acordo Leite et al. (2014).

Essas mesmas declarações demonstram valorizar a integração das ações de saúde que, ao se unirem, aumentam a resolutividade dos casos e a qualidade dos serviços pela melhora da comunicação entre os membros da equipe. Esses achados coincidem com aqueles de Peduzzi et al. (2013).

Essa interação é o ideal da Estratégia de Saúde da Família, cujo intuito é trazer o benefício da visão conjunta de diversos profissionais (interdisciplinaridade) ao usuário, sem valorizar mais uma ou outra disciplina, mas todas igualmente, apesar de em muitos casos as equipes apenas coexistirem, sem interação, como afirmam Leite e Veloso (2008) e Souza (2011).

“Quando são 2 pessoas o atendimento é melhor.”

A afirmação acima demonstra que o usuário sente-se melhor quando recebe atenção de mais de um profissional.

Provavelmente, isso acontece porque, como paciente, espera dos profissionais mais do que resolutividade para suas questões de saúde, mas também ser acolhido, ser recebido com uma boa escuta. Esse resultado converge para aqueles encontrados nos estudos de Caprara e Franco (1999), Hirschzon e Ditolvo (2004) e Souza (2011).

É a interdisciplinaridade sendo favorecida pela humanização.

“Não sei dizer mas acho importante porque diminuiria o número de encaminhamentos.”

Bastante oportuna foi essa fala de um usuário que mostrou entender, perfeitamente, um benefício direto trazido pelo atendimento interdisciplinar, a redução no número de encaminhamentos, à medida que há um número maior de profissionais de saúde responsáveis por seu projeto terapêutico integrando a própria equipe. Com isso está de acordo Furtado (2007), que cita com muita propriedade: “[...] evitando-se a perda do paciente nas teias conhecidas e descontextualizadas constituídas pelos encaminhamentos”.

7 CONCLUSÕES

Este estudo teve por objetivo analisar a percepção da interdisciplinaridade por profissionais e usuários de três unidades de saúde, com diferentes estratégias de atendimento: USF Paranapiacaba e US Vila Helena, ambas no município de Santo André, e CEO Vila Guilherme, em São Paulo.

Buscou-se destacar dificuldades e possíveis meios incentivadores para sua prática diária e o que ela representa em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Observou-se que todas as categorias profissionais envolvidas na pesquisa, sem exceção, sentem falta de outros profissionais em grupos educativos e em reuniões para discussões de casos.

A categoria profissional de saúde cuja ausência foi a mais sentida em grupos educativos e em reuniões para discussões de casos foi assistente social (18,75% do total), provavelmente por ser este o profissional mais preparado para dar andamento às questões sócio-assistenciais mantidas e centralizadas pelos governos em formas de políticas e que podem representar melhores condições de vida aos sujeitos que são o centro das discussões de casos.

Como estratégia interdisciplinar, a mais lembrada em todas as unidades foi *reuniões* (38,6% das citações), o que destaca o fato de que sua prática regular entre a equipe representa uma importante ferramenta para a comunicação. Porém, percebe-se que falta a noção de que é necessário interagir verdadeiramente e não somente reunir-se para trocar informações. É preciso fazê-lo de forma efetiva, compreensível e satisfatória para todos. É importante também aproveitar-se desses momentos para evidenciar a questão da organização, dos protocolos e das rotinas, rearranjando constantemente o eixo norteador das práticas nos serviços pesquisados.

Outro instrumento considerado relevante pelos entrevistados para aumentar as trocas entre os profissionais foi a capacitação, com 13,6% das citações. Isso mostra

que adquirir conhecimentos é essencial para o relacionamento em equipe ao diminuir inseguranças.

Foi perceptível que as trocas de informações dentro de uma equipe multidisciplinar podem transformá-la em interdisciplinar e fazer com que seus membros sintam-se incentivados a fazerem sua parte dentro do grupo.

Encontrou-se também que um sentimento de pertencimento é extremamente importante na vida de um profissional da saúde coletiva, tendo o poder de estimular o trabalho solidário, compreensivo, amigável, abrindo caminho para a interdisciplinaridade.

Ficou claro o quão necessário é participar efetivamente da equipe, adotando posturas adequadas como dialogar, tolerar, respeitar, ouvir, ser flexível e enxergar o que está além de si, num compromisso constante com os colegas de equipe. Importante manter a interação social, horizontal e a noção de que cada um representa parte fundamental para o alcance dos objetivos. Ou seja, trabalhar em equipe pode ser um processo penoso, pois nem todos estão sempre dispostos, comprometidos, alinhados e participativos.

Há preocupação com o número reduzido de profissionais para atendimento de usuários, o que poderia ser um problema durante as atividades interdisciplinares que, obviamente, exigem afastamento momentâneo da atividade assistencial.

Tomar conhecimento dos resultados das decisões em equipe pode ajudar nos trabalhos interdisciplinares. Dessa forma, ao trazer o *feedback*, o gestor poderá mostrar caminhos, estimular a equipe, dissolver conflitos e constituir-se em facilitador da ação interdisciplinar.

Na visão dos profissionais entrevistados também ficou clara a noção de que trabalho interdisciplinar libera a figura do médico do centro da responsabilidade com o sujeito-objeto da discussão, ou seja, o paciente. E que a partir do momento em que uma equipe é constituída, todos os seus membros passam a ter igual responsabilidade pelos casos discutidos, devendo envolver-se com todos os

conhecimentos que sua disciplina permite, de forma a trocar saberes em prol da resolução do caso.

Em relação aos usuários, observou-se que mais de 70% dos entrevistados relatou não ter participado de grupos educativos nas unidades de saúde, deixando transparecer uma grande predominância de atividades assistenciais individuais, evidenciando o foco curativista e distante da promoção da saúde, que é um dos papéis da atenção básica em saúde e bastante valorizado pelo SUS.

No geral, os entrevistados consideraram importante receber atendimento de mais de um profissional de saúde para resolver seu problema quando procuram a unidade. Provavelmente porque muitos já são acolhidos por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACSs, previamente à consulta com o médico da família.

O usuário sente-se melhor quando recebe atenção de mais de um profissional, provavelmente porque espera mais do que resolutividade para suas questões de saúde, mas também ser acolhido e recebido com uma boa escuta.

Esse achado indicou que acolher faz com que a equipe precisa estar bem entrosada para que o usuário seja recebido adequadamente e da forma mais resolutiva possível. Ou seja, o acolhimento bem feito é essencial para o SUS, para a ação interdisciplinar, pois exige o saber integrado de todos os membros da equipe, trabalhando juntos, lado a lado, bem organizados, com bom relacionamento interpessoal.

Importante ressaltar que nenhum dos usuários entrevistados indicou algum modo para se fazer o atendimento por mais de um profissional de saúde quando vem à unidade, apesar de considerarem esse fato muito importante.

A interdisciplinaridade favorece a relação entre a equipe e o usuário pelo fato de diminuir a espera e elevar o grau de resolução dos casos, melhorando a vida do usuário e também de sua família, que passam a valorizar mais o atendimento recebido.

Há noção por parte dos usuários que, quanto maior a interação entre profissionais de saúde e entre eles e usuários, mais assegurada está a possibilidade de uma assistência integral, conforme preconizado nos Princípios do SUS.

Valorizou-se também, na visão dos usuários, a integração das ações de saúde, ou seja, a interdisciplinaridade, pois aumentam a resolutividade dos casos e a qualidade dos serviços pela melhora da comunicação entre os membros da equipe.

Nesta pesquisa, mais especificamente na US Vila Helena, a interdisciplinaridade em saúde mostrou prescindir de momentos específicos, como reuniões de equipe para acontecer.

O indispensável é que os profissionais apresentem noção de sua responsabilidade, individualmente, e estejam envolvidos nos casos em questão, que são o objetivo central de todo e qualquer atendimento em saúde. Os profissionais dessa unidade apresentaram com bastante clareza a noção de que cada um representa parte fundamental para o alcance dos objetivos, havendo intensa interação social, horizontal, enxergando além de si mesmos, superando a dificuldade de agir de forma integrada, com verdadeira cooperação, mesmo sem reuniões de equipe.

Convém esclarecer que esse achado, certamente, deve ser contextualizado ao momento e aos membros envolvidos na pesquisa, não sendo de forma alguma intenção deste estudo sua generalização para outras realidades, servindo apenas como contribuição para futuros estudos que possam envolver situações semelhantes.

Considerando-se o que pode ser observado no CEO, que muitos profissionais se ressentem da distância que se estabelece em relação aos colegas que fazem as referências dos casos, perdendo-se as chances de trocas de informações valiosas sobre os pacientes a serem tratados, sugere-se a implantação de uma rede informatizada de dados que permita o lançamento da ficha clínica do usuário que possa ser acessada de qualquer unidade de saúde no município. Certamente, tal medida facilitaria e “aproximaria” muito os profissionais envolvidos.

A USF Paranapiacaba, dadas as circunstâncias próprias que carrega em suas equipes, como um perfil profissional diferenciado, onde se supõe haver naturalmente outro olhar sobre o usuário, com mais respeito, planejamento, interdisciplinaridade em mente, deveria parar mais frequentemente para conversar em equipe. Não só para discussão de casos, mas sobre comprometimento, interesse, participação efetiva dentro do trabalho interdisciplinar, sob pena de fragmentá-lo, comprometendo-o.

Em relação à total falta de participação dos usuários, mesmo com liberdade para sugerir atividades de atendimento por mais de um profissional de saúde, imagina-se que venha de antigo estilo de vida da população brasileira, ditatorial e paternalista, em que a comunidade era mantida à distância da unidade nos momentos de tomada de decisões.

Dessa forma, quando questionados, não souberam indicar quaisquer modos para a atividade, agindo como se a organização coubesse exclusivamente às equipes e gestores, desconhecendo seu direito à participação enquanto comunidade assistida, conforme garantido pelo SUS.

Imaginando que aquilo que foi constatado nas três unidades de saúde pesquisadas possa ser levado em consideração para tantas outras pelo país afora, sugere-se, então, a realização de outros estudos que fomentem formas de efetivar a participação popular nas rotinas organizacionais das unidades de saúde.

REFERÊNCIAS¹

Aguiar ACS, Ferreira ERM. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. Rev Bras Promoção Saúde. 2004; 17(4):163-9.

Aiub M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. Mundo Saúde. 2006 Jan. Mar; 30(1):107-16.

Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface Botucatu. 2001; 5(9):50-3.

Almeida MM, Moraes RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz RCM, Nuto SAS. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. Rev Bras Educ Med. 2012 jan-mar; 36(1supl.1):119-26.

Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutrição. 2002 set; 15(3):255-66.

Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica. 2005; 21(4):1038.

Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.

Batista N, Batista SHB, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais de Saúde. Rev Saude Publica. 2005; 39(2):147-61.

¹De acordo com o estilo Vancouver.

Brasil. Lei 9.394/1996 (LEI ORDINÁRIA) 20/12/1996. Ministério da Educação e Desportos. Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET - Saúde. Brasília; 2008.

Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico:para uma humanização da prática médica. Cad Saude Publica. 1999 jul-set; 15(3):647-54.

Cela M, Oliveira IF. O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações. Estudos de Psicologia (Natal). 2015 jan-mar; 20(1):31-9.

Conselho Federal do Serviço Social. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, DF, 2010.

Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos polos de capacitação em saúde da família. Divulg Saúde Debate. 2000 dez; (21):36-43.

Costa RC, Rodrigues CRF. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. APS. Juiz de Fora. 2010 out-dez; 13(4):465-75.

Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: um estudo de caso. [dissertação]: Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Engenharia de Produção; 2002.

Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Cienc Saude Colet. 2005; 10(2):323-31.

Demo P. Conhecimento moderno sobre ética: intervenção do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes; 1997.

Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. APS Juiz de Fora. 2010 Jan-Mar; 13(1):4-9.

Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus; 1995.

Fazenda ICA. Interdisciplinaridade. Um projeto em parceria. 5. ed. Rio de Janeiro: Loyola; 2002.

Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. Vínculo. 2009; 6(2):179-90.

Ferreira S, Olschowsky A. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. Rev Gaucha Enferm. 2009 mar; 30(1):106-12

Feuerwerker LCM, Sena-Chompré RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? Rev Olho Mágico. 1999; 5(18):5-6.

Flôres CCM. O Serviço Social na saúde mental: uma reflexão sobre os aspectos da interdisciplinaridade. [Monografia]. Ribeirão Preto:FUNDAP, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo; 2011.

Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface-Comunic Saúde Educ. 2007; 11(22):239-5.

Garcia MAA . A interdisciplinaridade necessária à educação médica. Rev Bras Educ Med. 2007 maio-ago; 31(2):147-55.

Gattás MLB, Furegato ARF. Interdisciplinaridade: uma contextualização. Acta Paul Enfermagem. 2006 jul-ago; 19(3): 323-7.

Hirchzon CLM, Ditolvo HHS. Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais da saúde. Interface - Comunic Saúde Educ. 2004 mar-ago; 8(15):387-92.

Inagaki TL, Prado DGA, Iwamoto AS, Pereira Neto JS, Gavião MBD, Puppim-Rontani RM, Pascon FM. Atuação interdisciplinar odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. Revista CEFAC mar-abr 2015; 17(2):595-603.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares IBGE- 2008 – 2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Iribarry IS. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. *Psicologia Reflexão Crítica*. 2003; 16(3):483-90.

Jantshc AP. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. In: Jantshc AP e Bianchetti L. (Orgs.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes; 2000: 113-44.

Jantshc AP, Bianchetti L. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes; 2000.

Japiassu H. *L'épistémologie des relations interdisciplinaires dans les sciences humaines*. [tese]: Université des Sciences Sociales de Grenoble, France; 1975.

Japiassu H. *Interdisciplinaridade: a patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *APS*. 2008; 11(1):54-61.

Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. *Rev RENE Fortaleza*. 2011; 12(n. esp.):1066-73.

Leite JCA. *O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade [dissertação]*. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2001.

Leite MTS Rodrigues, CAQ, Mendes DC, Veloso NS, Andrade JMO, Rios LR. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(1)supl1:111-8.

Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface*. Botucatu. 2014 dez; 18(51):661-72.

Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol Cienc Prof.* 2008; 28(2):374-89.

Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Sociedade.* 2009 jun; 18(2): 304-11.

Machado DAH. Serviço social no contexto das equipes de atenção primária do serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. [monografia]: Grupo Hospitalar Conceição; 2013.

Mângia, EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2008 mai-ago; 19(2): i Editorial.

Manoel CM. A experiência multiprofissional e interdisciplinar da interação universidade-serviços-comunidade: o olhar e o trabalho do professor tutor. [tese]: Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2012.

Martins JT, Robazzi MLDC, Garanhani ML. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Cienc Enferm.* 2009; 15(3): Concepción. Chile.

Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm.* 2009 abr-jun; 18(2): 338-46.

Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.

Mendes LCB, Caprara A. Bacharelado interdisciplinar em saúde: análise preliminar de um novo currículo de ensino superior no Brasil. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2012 jul-set; 16(42):719-31.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Miranda L, Onocko Campos R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(6):1153-62.

Miranda L, Rivera FJU, Artmann E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis*. 2012; 22(4):1563-83.

Mitre SM, Batista RPN. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: Debates atuais. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(2):2133-44.

Mondelli MFCG, Rocha AB. Correlação entre os achados audiológicos e incômodo com zumbido. *Arq Int Otorrinolaringologia*. 2011 abr-jun; 15(2):172-80.

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

Munkeviz MSG, Pelicioni MCF. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2010; 20(3):787-97.

Nicolescu B. O manifesto da transdisciplinaridade. Trad. Lucia Pereira de Souza. 3ª ed. São Paulo: Triom; 2005. p.52-3.

Nunes AVL, Lins SLB. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. *Rev Psicol Organizações Trabalho*. 2009 jun; 9(1):51-67.

Oliniski SR, Lacerda MR. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. *Cogitare Enferm*. 2004 jul-dez; 9(2):43-52.

Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Cien Saude Colet*. 2005; 10(3):573-83.

Parreiras PC, Martins Júnior T. A proposta politicopedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. *Sanare. Sobral*. 2004; 5(1):21-32.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saude Publica. 2001; 35(1):103-9.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In. Pinheiro, Roseni; Barros, Maria Elizabeth Barros de; Mattos, Ruben Araujo de. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007. p.161-177.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2013 ago; 47(4):977-83.

Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Psicol Sociedade. 2008 mai-ago; 20(2):226-36.

Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Cien Saude Colet. 2008 fev; 13(1):23-34.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Lat Am Enfermagem. 2005 nov-dez; 13(6):1027-34.

Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Rev Bras Cienc saúde. 2011; 15(3): 329-38.

Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. ACM Arquivos catarinenses de medicina. 2004 Jul-Set; 33(3):31-40.

Saupe R, Cutolo RLA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface. 2005; 9(18):521-36.

Saupe R, Budó MLD. Pedagogia interdisciplinar: educare (educação e cuidado) como objetivo fronteiro em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):326-33.

Saupe R, Wendhausen ALP, Benito GAV, Cutolo LRA. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2007 dez; 16(4):654-61.

Scherer MDA, Pires DE, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet.* 2013; 18(11):3203-12.

Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Trabalho interdisciplinar na estratégia de Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. *Rev Enfermagem UERJ.* 2012 dez; 20(6):784-8.

Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: Investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface.* 2005; 9(16):25-38.

Silva JP. A Inserção do nutricionista no núcleo de apoio a saúde da família no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.

Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & Grupos em PSF: possibilidades para participação social. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(2):143-9.

Souza AS. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. *APS.* 1999; 2(2):10-14.

Souza DRP, Souza MBB. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Rev Eletrônica Enfermagem.* 2009; 11(1):117-23.

Souza MCA, Casotti, E, Mello ACF, Goyatá FR, Souza TC, Albuquerque CJM. Interdisciplinaridade no ensino superior: de imagem-objetivo à realidade! *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(1):supl.2:158-63.

Souza RA. As relações interpessoais entre os profissionais de uma unidade de saúde da família, no distrito sanitário IV, Município do Recife. Apresentada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães para obtenção do grau de Especialista. Recife; 2011.

Stralen CJ, Belisário AS, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 (supl. 1):148-58.

Takemoto MLS. O trabalho de enfermagem em centros de saúde e a mudança do modelo de atenção no município de Campinas. [dissertação]: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2005.

Teixeira MJO, Nunes ST. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia? In MIS Bravo et al. *Saúde e serviço social*. Rio de Janeiro: Cortez; 2004.

Thannhauser J, Russel-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. *J Interprof Care*. 2010; 24(4):336-49.

Tonet I. Interdisciplinaridade, formação humana e emancipação humana. *Serviço Social Sociedade*. 2013 out-dez; 116:725-42.

Wanderley LEW. Realismo utópico: o público e o intertransdisciplinar. *Estudos Avançados*. 2013; 27(78):121-32.

Anexo A - Questionário para usuários

Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, do acesso e da interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Questionário – Usuários

Nome			
Unidade de Saúde	Data nasc. ___/___/___		
Acesso - Interdisciplinaridade			
Você acha que a proximidade dos profissionais com a comunidade facilita o atendimento?	Sim	Não	Não sei
Por quê?			
A Unidade de Saúde (posto) está estruturada para resolver seus problemas?	Sim	Não	Não sei
Quais não são resolvidos?			
Como podem ser resolvidos?			
A quantidade de profissionais na Unidade de Saúde é suficiente para atender suas demandas?	Sim	Não	Não sei
Quais profissionais a Unidade deveria ter?			
Você teve algum problema de saúde nos últimos 6 meses?	Sim	Não	Não sei
Qual?			
Onde foi atendido?			
Quem atendeu?			
Você recebeu orientações de como ter uma vida saudável?	Sim	Não	Não sei
De qual Profissional?			
Qual Informação?			
Ficou satisfeito com a informação?	Sim	Não	Não sei
Você já participou de grupos educativos na Unidade	Sim	Não	Não sei

de Saúde?			
Quais profissionais participaram desses grupos?			
Você acha importante receber atendimento conjuntamente de mais de um profissional de saúde para resolver seu problema quando vem à Unidade?	Sim	Não	Não sei
Quais profissionais participariam desse atendimento e como seria feito?			

Anexo B - Questionário para profissionais e gestores

Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, do acesso e da interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Questionário – Profissionais e Gestores

Nome				
Unidade de Saúde		Data nasc. ___/___/___		
Profissão / Cargo				
ACESSO - Profissionais e Gestores				
Os usuários conseguem acessar com facilidade os serviços de saúde oferecidos pela unidade?		Sim	Não	Não sei
Em sua opinião o que pode dificultar o acesso do usuário a Unidade?				
	Pouca escolaridade do usuário		Poucos serviços oferecidos	
	Baixa renda do usuário		Falta de informação	
	Pouca participação do usuário nas decisões da unidade			
Quais ações podem facilitar o acesso do usuário à Unidade				
	Maior número de profissionais na Unidade		Participar mais do dia a dia da unidade	
	Maior acesso a informação por parte do usuário		Qualidade dos serviços prestados	
	Mais vagas nos serviços de saúde oferecidos		Ter acesso nas decisões do conselho gestor	
O conselho gestor da unidade pode melhorar a qualidade de atendimento aos usuários na Unidade?		Sim	Não	Não sei
Como?				
A unidade de saúde presta serviços de qualidade aos usuários?		Sim	Não	Não sei
Se não, quais serviços não presta e por quê?				

Se você fosse usuário dos serviços de saúde da unidade o que você exigiria?			
	Maior número de profissionais na Unidade		Mais poder de decisão nos destinos da Unidade
	Participar mais do dia a dia da unidade		Qualidade dos serviços prestados
	Mais vagas nos serviços de saúde oferecidos		Estrutura física
	Equipamentos		Outros

Interdisciplinaridade – Profissionais			
Você já sentiu necessidade de ter outros profissionais de saúde em grupos educativos e em reuniões para discussão de casos?	Sim	Não	Não sei
Em caso afirmativo, quais?			
O que você acha que poderia ser feito para aumentar a interação ou as trocas de informações entre os profissionais da unidade?			
Interdisciplinaridade – Gestores			
Você já sentiu necessidade de ter outros profissionais de saúde em grupos educativos e em reuniões para discussão de casos?	Sim	Não	Não sei
Em caso afirmativo, quais?			
O que você acha que poderia ser feito para aumentar a interação ou as trocas de informações entre os profissionais da unidade?			

Como a interação entre os profissionais de saúde pode afetar a gestão da Unidade de Saúde?			
Como essa interação pode afetar a assistência aos usuários?			
Como pode afetar, positiva ou negativamente, a rotina administrativa da Unidade?			
Referência e contrarreferência – Profissionais e gestores			
Em sua opinião o SUS atende a todas as necessidades de saúde da população?	Sim	Não	Não sei
Em sua opinião o SUS atende a todas as necessidades de saúde bucal da população?	Sim	Não	Não sei
Comente sobre alguma necessidade, em saúde bucal, que você acha que não esta sendo atendida pelo SUS. _____			
Você acha que o sistema de referência e contrarreferência em odontologia deve ser aprimorado?	Sim	Não	Não sei
Em que sentido você acha que poderia ser aprimorado? _____			
Como você realiza a referência e/ou contrarreferência de seus pacientes?			

A contrarreferência é importante para a continuidade e/ou acompanhamento do paciente?	Sim	Não	Não sei	
Porquê? _____ _____ _____				
Existe algum tipo de controle que permita a você saber se o paciente que você realizou a referência ou a contrarreferência, foi de fato atendido pelo profissional que você indicou?	Sim	Não	Não sei	
Como é feito este controle? _____ _____ _____				
Existe alguma prioridade de vaga para o agendamento de um paciente que você esteja encaminhando de volta a unidade de origem, após a conclusão do tratamento especializado?	Sim	Não	Não sei	Não se aplica
Como é realizado o agendamento de um paciente que tenha sido encaminhado por você a outro nível de atenção, e esteja retornando para concluir o tratamento ou fazer acompanhamento? _____ _____ _____				

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais e Gestores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PROFISSIONAIS E GESTORES

Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, acesso e interdisciplinaridade nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Nós, Fernando de Castro Percebo, Fabio Luís Giordani e Elisa Prezotto Giordani convidamos você _____ a participar deste estudo, que faz parte do Mestrado Profissional Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, USP.

O objetivo é avaliar o nível de percepção sobre os temas: INTERDISCIPLINARIDADE, ACESSO e SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA, e o quanto estão presentes na rotina desta unidade de saúde, buscando identificar os pontos que podem ser melhorados, podendo estas informações, servirem de subsídio para melhorar a qualidade dos serviços prestados nessas unidades. Dadas as características da pesquisa, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, e poderá ocorrer por eventual e momentânea perturbação em suas atividades profissionais. É importante que esteja ciente de que a pesquisa esta sendo conduzida em acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012. Você deverá responder a um questionário, com tempo estimado em 30 minutos. Você não terá sua identidade divulgada em hipótese alguma, mesmo em publicações ou apresentações em congressos. Ao concordar em participar, você fica ciente de que não receberá qualquer pagamento em troca e de que poderá desistir da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhuma penalização. Além disso, fica acordado que não será necessário ressarcimento de qualquer tipo, pois a pesquisa será realizada no interior da unidade de saúde, no horário de seu funcionamento, ou em local a ser escolhido por você em comum acordo com o pesquisador. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia** - Av. Prof. Lineu Prestes 2227, 05508-000 - São Paulo, telefone (11)30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8 às 17h exceto em feriados e recesso universitário. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012)

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US vila Helena e CEO Vila Guilherme”, autorizo a minha participação:

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

CPF/RG: _____

Em ____ de _____ de 2015.

Para maiores informações sobre o trabalho, por favor entre em contato com:

-Fernando de Castro Percebo, fcpercebo@gmail.com, cel: 999322182

-Fabio Luís Giordani, flgiordani@usp.br, cel: 989591037

-Elisa Prezotto Giordani, epgiordani@usp.br, cel: 994115035

Atenciosamente, os pesquisadores:

Fernando de Castro Percebo
CRO nº 65114

Fabio Luís Giordani
CRO nº 41453

Elisa Prezotto Giordani
CRO nº 36255

Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- USUÁRIOS

Avaliação da percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência, acesso e interdisciplinaridade nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme.

Nós, Fernando de Castro Percebo, Fabio Luís Giordani e Elisa Prezotto Giordani, alunos de um curso de pós-graduação, pedimos sua colaboração para participar de uma pesquisa onde se verificará se você recebe atendimento por mais de um profissional quando procura a unidade de saúde, como e o que tem que fazer para conseguir esse atendimento, e se você é encaminhado a outro tipo de serviço quando necessita. Estas informações poderão ajudar na melhoria da qualidade dos serviços prestados nessas unidades. Dadas as características da pesquisa, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima e poderá ocorrer por eventual e momentânea perturbação em suas atividades pessoais. É importante que esteja ciente de que a pesquisa está sendo conduzida em acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012.

Você deverá responder a um questionário por cerca de 30 minutos. Ao concordar em participar, você fica ciente de que não receberá qualquer pagamento em troca e de que poderá desistir da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhuma penalização e de que não será necessário ressarcimento de qualquer tipo, pois a pesquisa será realizada no interior da unidade de saúde, no horário de seu funcionamento. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não terá sua identidade divulgada em hipótese alguma, mesmo em publicações ou congressos.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia** – Av. Prof. Lineu Prestes, 2227- cep 05508-000 – São Paulo, tel: (11) 30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 8 às 17h, exceto em feriados e recesso universitário. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº466 de 2012).

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas Unidades de Saúde USF Paranapiacaba, US vila Helena e CEO Vila Guilherme”, autorizo a minha participação:

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

CPF/RG: _____ Em ___ de _____ de 2015.

Para maiores informações sobre o trabalho, por favor entre em contato com:

Fernando de Castro Percebo, fcpercebo@gmail.com, cel: 999322182

Fabio Luís Giordani, flgiordani@usp.br, cel: 989591037

Elisa Prezotto Giordani, epgiordani@usp.br, cel: 994115035

Atenciosamente, os pesquisadores:

Fernando de Castro Percebo
CRO nº 65114

Fabio Luís Giordani
CRO nº 41453

Elisa Prezotto Giordani
CRO nº 36255

Anexo E - Reprodução de todas as respostas obtidas com os profissionais entrevistados

QUESTÕES				
<p>1. Você já sentiu necessidade de ter outros profissionais de saúde em grupos educativos e em reuniões para discussão de casos?</p> <p>2. Em caso afirmativo, quais?</p> <p>3. O que você acha que poderia ser feito para aumentar a interação ou as trocas de informações entre os profissionais da unidade?</p>				
UNIDADE	CARGO	RESPOSTAS		
		1	2	3
CEO	Dentista	S	Médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar	Reuniões periódicas, palestras, cursos
VH	Médico	S	Educador físico	Reuniões com recursos interdisciplinares
CEO	Dentista	S	Na minha especialidade a presença de técnico de higiene bucal	
VH	Médico	N		Na nossa unidade a troca de informações entre profissionais é feita de maneira direta e fácil
VH	Enfermeiro	N		Maior número de funcionários para que haja reuniões periódicas sem prejuízo no atendimento aos usuários.
VH	Aux enferm	S	Nutricionistas, assistente social	
VH	Aux enferm	S	Ortopedista, nutricionista, serviço social	Ter reuniões frequentemente com a equipe da unidade
VH	Médico	S	Assistente social	A troca de informações entre profissionais é satisfatória
VH	Aux enferm	S	Idoso, gestante, adolescentes	Reunião onde todos participe
VH	Enfermeiro	S	Necessita de processo que implica de que forma a doença impacta na vida do paciente e da família, em um trabalho que envolva equipes	Ampliação do olhar da saúde. Acolher para reconhecer o que o outro traz como prática e necessidade de saúde. Acolhimento melhora relação entre equipe e usuário

			multidisciplinares e não apenas atuação do médico	
VH	Médico	S	Assistente social	Reuniões para discussão de rotinas e protocolos para execução de tarefas.
VH	ASB	N		Mais reuniões com a equipe.
VH	Médico	N		
VH	Aux enferm	S	Grupos de diabetes adolescentes, gestantes	Reuniões mensais com toda a equipe
CEO	Dentista	N		Encontros periódicos curtos entre os profissionais do período de trabalho
CEO	Dentista	S	Cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, otorrinolaringologista, dermatologista e endocrinologista.	Os profissionais presentes na unidade são de fácil acesso e boa intenção, o problema são profissionais de outras unidades que não temos facilidade de acesso e não conseguimos discutir casos.
CEO	Dentista	N	Fonoaudiologia	Palestras interdisciplinares.
PA	ASB	S	Psicólogos	Após reuniões deveria ter ata para os informados assinarem. E os que não foram serem. E não ficar disse não me disse. Ou não entendi. Ter falta de esclarecimento
PA	Médico	S	Pediatra, ginecologista, cardiologista	
PA	Enfermeiro	S	Assistente social, nutricionista	Reunião de equipe semanal com capacitações.
PA	Dentista	N		Existe a reunião de equipe semanalmente na qual os diversos profissionais discutem os casos e trocam informações sobre as rotinas.
PA	Aux enferm	S	Grupo educativos	Educação continuada.
PA	Aux enferm	S	Saúde bucal, saúde mental, psicólogos	Grupos-capacitações
PA	ACS	S	Em campanhas unitárias sem campanha alvo.	Humanização e respeito. Assim o trabalho em grupo seria mais satisfatório.
PA	ACS	N		
				Trocamos ideias e informações

PA	ACS	N		durante as reuniões de equipe
PA	ACS	N		Em nossa unidade já existe reuniões semanais de equipe, o que favorece a troca de informações, opiniões e decisões para serem aplicadas no ambiente de trabalho.
PA CEO	ACS ASB	S	Por exemplo assistente social	Na nossa unidade já é feito reunião de equipe semanalmente, onde são feitas trocas de informações, opiniões e sugestões.
CEO	ASB	N		Ter mais diálogo
CEO	ASB			
CEO	ASB	NS		
CEO	ASB			
CEO	Dentista	S	Fonoaudiólogos, pediatras, geriatras, dentre outros...	Uma ideia inicial seria abrir espaço nas "agendas dos profissionais" periodicamente (com bom senso p/ não comprometer os serviços prestados... p/ reuniões multiprofissionais, com registros ,atas, pauta bem definida de forma a otimizar e ampliar os trabalhos serviços prestados com "feed back" das ações já executadas etc, etc...
CEO	Dentista	N		Não acho necessária nenhuma atividade pois ao meu ver a referência ou a contrareferência ou até mesmo uma carta receituário seja suficiente para a troca de informações
CEO	Dentista	N		Reuniões entre profissionais

Anexo F - Reprodução de todas as respostas obtidas com os usuários entrevistados.

QUESTÕES					
<p>1. Você já participou de grupos educativos na Unidade de Saúde?</p> <p>2. Quais profissionais participaram desses grupos?</p> <p>3. Você acha importante receber atendimento conjuntamente de mais de um profissional de saúde para resolver seu problema quando vem à Unidade?</p> <p>4. Quais profissionais participariam desse atendimento e como seria feito?</p>					
NASC	UNID	RESPOSTAS			
		1	2	3	4
10/73	VH	N		N	
09/62	VH	N		N	
07/87	VH	N		N	
08/59	VH	N		S	
01/69	VH	N		S	Cardiologista e com o ginecologista sobre a menopausa
03/71	VH	N		NS	
05/83	VH	N		S	
06/66	VH	N		S	
01/81	VH	N		S	Recepção deveria ser treinada para saber de nossas necessidades e haver um pouco mais de compreensão, as vezes, não falam mas nas expressões, observo a falta de interesse de alguns em ajudar, um pouco de bom senso em alguns casos, ajudaria muito, sei que há abuso em alguns casos, mas da para ter uma percepção, de quem realmente tem ou teve um tipo de problema.
08/70	VH	N			
09/44	VH	N		NS	
07/76	VH	N		NS	
08/91	VH	N		N	
01/88	VH	N		N	
07/85	VH	N		S	
02/83	VH	N		N	
09/45	PA	S	não lembro	S	
10/83	PA	N		N	
12/55	PA				

		S	Dr Agenor (médico generalista) enfermeira, ACS	S	
07/57	PA	S	A dra. deu bastante atenção aos problemas	S	
12/85	PA	N		N	
02/75	PA	N	Médicos, enfermeiras, dentista.	S	
01/86	PA	N		S	
05/84	PA	N		S	
11/76	PA	N		S	Médicos e enfermeiros
02/82	PA	N		S	ACS, dra. Selma (enfermeira), dr. Agenor(médico generalista), as meninas da vacina.
04/59	PA	S	Especialistas	S	
08/66	PA	N			
03/65	PA	S	Planejamento familiar, enfermeira Selma	S	
01/48	PA	S	Foi na área, médico, enfermeira, auxiliar, dentista e etc.	S	
04/84	PA	N		S	
06/49	CEO	S	Não lembro, era muita gente	S	Quando são 2 pessoas o atendimento é melhor
09/69	CEO	S	Psicólogo, enfermeiro	S	Acho importante para esclarecer melhor os pacientes
07/60	CEO	N		S	Diagnóstico melhor e com mais qualidade
12/73	CEO				
12/32	CEO				
10/88	CEO				

01/71	CEO				
07/56	CEO	N		S	
05/93	CEO	N		N	
01/43	CEO	N		S	No meu caso quando recebi o diagnóstico de câncer senti falta de um apoio psicológico
02/69	CEO	N		S	Porque mais profissionais contribuiriam para chegar em um diagnóstico preciso
12/34	CEO	S	Educador físico	S	Médico, assistente social, nutricionista
04/77	CEO	N		S	Não sei dizer mas acho importante porque diminuiria o número de encaminhamentos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde USF Paranapiacaba, US Vila Helena e CEO Vila Guilherme

Pesquisador: Fernando de Castro Percebo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45479615.3.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.167.924

Data da Relatoria: 03/08/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizará o método de análise do discurso para levantar informações sobre a percepção de gestores, profissionais e usuários acerca de questões relacionadas à interdisciplinaridade, acesso e referência e contrarreferência em três unidades de saúde. Para isso serão aplicados questionários por meio de abordagem direta durante o período de funcionamento dessas unidades. A amostra será composta por 4 gestores, 43 profissionais e 47 usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar e analisar a percepção dos profissionais, usuários e gestores referente às dimensões: acesso, interdisciplinaridade, referência e contrarreferência.

Objetivo secundário: Avaliar e analisar segundo a percepção dos atores envolvidos: 1. Se a oferta de serviços disponibilizados nas três unidades de saúde é suficiente para atender a demanda; 2. Elementos de interdisciplinaridade que estão, ou não, presentes nos serviços; 3. Como se dá a relação do sistema de referência e contrarreferência e a efetiva integração entre os diversos níveis de atenção.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br



Continuação do Parecer: 1.167.924

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Dada a característica da pesquisa de utilização de questionários escritos, a possibilidade de riscos aos participantes é mínima, por eventual e momentânea perturbação em suas atividades profissionais ou pessoais (no caso de usuários), contornáveis através da escolha do melhor momento por parte do entrevistado para responder ao questionário.

Benefícios: Os resultados da pesquisa poderão subsidiar ações que aprimorem a qualidade do atendimento nas unidades de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e poderá contribuir na melhora do atendimento prestado pelas unidades de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados pelo pesquisador estão adequados: Folha de Rosto; TCLE-Usuários; TCLE-Profissionais e Gestores; Cartas de autorização para realização da pesquisa nas três unidades de saúde; Questionário-Usuário; Questionário-Profissionais e Gestores; Projeto Detalhado.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br



FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.167.924

SAO PAULO, 03 de Agosto de 2015

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br