

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

Vania SCHMITT¹

Patrícia CHICONATTO¹

Luana BERNARDI²

Daiana NOVELLO³

¹Professora, Mestre, Departamento de Nutrição, Faculdade Campo Real.

²Professora, Mestre, Departamento de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

³Professora, Doutora, Departamento de Nutrição (UNICENTRO). *E-mail: nutridai@gmail.com.

Recebido em: 15/03/2016 - Aprovado em: 05/01/2017 - Disponibilizado em: 01/07/2017

RESUMO:

O objetivo da pesquisa foi diagnosticar e promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família da cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Participaram da pesquisa 41 profissionais de ambos os gêneros. Para a avaliação do diagnóstico da interdisciplinaridade foi aplicado um questionário validado entre os participantes. Em seguida, foi realizada uma ação educativa interdisciplinar por meio da metodologia da roda de conversa. Após a ação educativa, aplicou-se outro questionário para verificar os resultados obtidos nesta intervenção. Para a análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado e regressão logística (odds ratio). Apesar de não haverem diferenças estatísticas, a maioria dos trabalhadores afirmou existir um trabalho interdisciplinar nas equipes. Avaliando-se o conhecimento prévio sobre o tema abordado, constatou-se que os profissionais com nível superior apresentaram maior conhecimento sobre os assuntos abordados que os de nível médio/ técnico ($p=0,012$). Em geral, a avaliação da atividade educativa foi positiva, porém a contribuição das informações para a prática profissional foi considerada mediana, devido a algumas dificuldades apontadas pelos profissionais como, por exemplo, a falta de profissionais nas equipes e informações sobre o tema. Conclui-se que é necessário adotar medidas governamentais que possam diminuir as dificuldades para a realização do trabalho interdisciplinar nas equipes, além de promover novas capacitações.

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

INTERDISCIPLINARY TEAMS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF THE HOST CITY OF THE 4TH REGIONAL HEALTH OF PARANÁ STATE, BRAZIL

ABSTRACT:

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

Keywords: Primary Care. Public Health. Family Health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil em 2006, com intuito de reorientar a prática da saúde pública em âmbito nacional, até então conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF). Esta transformação ocorreu por compreender que as ações deveriam possibilitar, além do atendimento vertical e do apoio a outros programas de saúde existentes, uma integração interprofissional das ações realizadas, bem como promover a organização de atividades e resolução de problemas em territórios definidos (ANDRADE *et al.*, 2008).

A ESF estabelece uma nova abordagem, substituindo o modelo biomédico centrado na assistência com fins curativos, caracterizando-se por ações multiprofissionais, interdisciplinares e em equipe (BRASIL, 2011). Assim, fundamenta-se em uma ética cultural e social, objetivando promover a saúde e a qualidade de vida para indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, 2008). A ESF está centrada, prioritariamente, na criação de conexões entre profissionais e população, dessa forma a equipe deve perceber a família com base no ambiente que está inserida, garantindo a proteção social, por meio da integralidade e da universalidade (BRASIL, 2007; MENDONÇA *et al.*, 2008).

A regulamentação atual propõe que a equipe da ESF deve ser formada por

profissionais de diferentes áreas, tais como médico generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescida de cirurgião-dentista e auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2007). Ressalta-se que para um desenvolvimento adequado do trabalho, a equipe necessita de certa autonomia, porém é influenciada diretamente pela comunidade local. Neste contexto, há uma constante negociação entre os profissionais e a população, sendo que cada grupo apresenta diversos interesses, dificultando sua integração.

Apesar do esforço público em estabelecer novos e melhores critérios de atendimento aos cidadãos, sabe-se que o trabalho em saúde apresenta características próprias e diferenciadas, tanto para os profissionais da equipe de saúde como para a comunidade atendida. Soma-se a isso, a complexidade e variabilidade das necessidades individuais, em que, geralmente, o serviço não pode ser totalmente padronizado (PIRES, 2008).

Para que os objetivos propostos pela ESF sejam atingidos, a relação entre a equipe e a população deve ser baseada na construção de um vínculo comum. Deve-se buscar, constantemente, incorporar mudanças na atenção à saúde, com o objetivo de promover e recuperar a saúde. Dessa forma, pode-se promover a saúde com a garantia de acesso

aos cuidados, assistência integral e acompanhamento contínuo dos resultados (VIEGAS; PENNA, 2013). Destaca-se que a promoção da saúde está diretamente ligada à educação em saúde, a qual ocorre principalmente pela atuação conjunta dos profissionais (COUTO *et al.*, 2013), caracterizando o trabalho interdisciplinar.

A participação ativa da equipe na comunidade é consensual com as diretrizes do Ministério da Saúde, as quais preconizam um estímulo aos movimentos sociais e à organização comunitária. Este fato fortalece a participação popular, além de promover a autonomia e o empoderamento, principalmente nas decisões sobre sua saúde (BRASIL, 2007).

Ao longo do tempo, a produção do conhecimento foi construída por meio de diversas disciplinas. Esta situação se refletiu no campo da saúde e consolidou distintos núcleos profissionais, corroborando para a fragmentação entre os setores, e uma atuação em especialidades, a qual visava à cura de doenças, sem considerar as características individuais (PEDUZZI *et al.*, 2013). Esta forma de trabalho contribuiu para o avanço tecnológico e para o aperfeiçoamento das profissões, o que beneficiou o tratamento específico de algumas doenças (PEREIRA *et al.*, 2013). Apesar desses benefícios, o modelo especialista e multidisciplinar não favorece a articulação e a integração das ações de saúde desejadas em um serviço

interdisciplinar. Deste modo, o trabalho integrado e articulado dos profissionais, comprovadamente, aumentam a resolubilidade e a qualidade dos serviços de saúde, além de melhorar e ampliar a comunicação interprofissional, com o reconhecimento das contribuições específicas de cada área, bem como de suas limitações (PEDUZZI *et al.*, 2013).

A partir do ano 1937, diante das novas perspectivas em saúde, surge, então, o conceito da interdisciplinaridade, sendo que na década de 70 foi altamente difundido, reforçando a busca pela reunificação do saber (ROQUETE *et al.*, 2012). Neste momento, foi necessária a união de experiências e conhecimentos dos profissionais das diversas áreas da saúde, em prol de um atendimento amplo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, emerge o conceito de intervenção interdisciplinar com foco na promoção da saúde, estando relacionada, fundamentalmente, na busca pela integralidade (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010).

A definição de intervenção interdisciplinar contempla claramente os objetivos estipulados na proposta da ESF, pois deve ser realizada uma permanente análise da situação de saúde populacional, organizando e executando práticas de enfrentamento dos problemas. Este diagnóstico deve compreender ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção e

controle de patologias, as quais estão amparadas no conhecimento prévio da equipe (CAMPOS; GUERRERO, 2010). Entretanto, a prática interdisciplinar acarreta em uma elevada demanda de procedimentos, muitas vezes, complexos. Estas dificuldades são permeadas por situações subjetivas e sociais, que exigem ações conjuntas e ampliadas, além de uma rede especializada de serviços, potencializando o cuidado no território de abrangência (ARCE; SOUSA, 2013). Dessa forma, é fundamental a inserção de treinamentos permanentes para os profissionais atuantes em equipes multi e interdisciplinares, obtendo-se uma adequada qualificação e multiplicação do conhecimento adquirido (ZOBOLI; SOARES, 2012).

Uma das metodologias utilizadas para treinamentos em equipe é a roda de conversa, a qual é recomendada pela Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo SUS. A principal finalidade deste procedimento é colocar as diferentes categorias de profissionais em contato, aumentando sua comunicação e produzindo movimentos que favoreçam mudanças nas práticas de saúde, libertando-as do poder hierarquizado. Este tipo de abordagem demonstra que as diferentes especialidades e ações podem convergir a fim de produzir maior conhecimento na área (BRASIL, 2013).

O objetivo do presente trabalho foi diagnosticar e promover o conhecimento sobre o trabalho interdisciplinar entre os

profissionais das equipes de ESF da cidade-sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de pesquisa

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

Aspectos éticos

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

Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em Irati, município sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A 4ª Regional de Saúde é composta por 9 municípios distribuídos em uma única microrregião: Irati, Fernandes

Pinheiro, Guaramiranga, Imbituva, Inácio Martins, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares, totalizando 170.310 habitantes. Já, a cidade sede Irati possui 59.339 habitantes, representando 34,84% do total.

Público alvo

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliométrica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), buscando-se os dados dos recursos humanos das ESF's de Irati, PR. Após a verificação, foram constatadas 5 equipes de ESF no município de Irati, com um total de 44 profissionais de saúde atuantes (10 - ACS, 3 - auxiliares de enfermagem, 4 cirurgiões-dentistas, 6 enfermeiros, 6 médicos e 15 técnicos em enfermagem). Posteriormente, estes dados foram confirmados por documentos constantes na Secretaria Municipal de Saúde de Irati, PR. Do total, três profissionais não fizeram parte do estudo, dois porque estavam em período de férias durante a coleta dos dados (2 enfermeiros) e 1 porque não concordou em participar (auxiliar de enfermagem).

Diagnóstico do trabalho interdisciplinar

Para a avaliação da equipe, cada unidade de saúde foi contatada via telefone, sendo agendada uma reunião com o responsável pela unidade (enfermeiro). Primeiramente, o profissional recebeu

explicações prévias sobre a importância e a finalidade da pesquisa, para sensibilização e maior participação da equipe. Em seguida, foram marcadas data, horário e local para a coleta de dados, a fim de não prejudicar o andamento normal do serviço prestado à população.

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

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

Promoção do trabalho interdisciplinar

Foi realizada uma “Ação Educativa Interdisciplinar”, visando promover novas ações interdisciplinares entre os profissionais

das equipes avaliadas. Esta atividade foi aplicada em seguida à etapa de coleta de dados, por meio da metodologia de “Roda de Conversa” (BRASIL, 2013). Para esta abordagem, utilizou-se um álbum seriado, para apresentar informações conceituais sobre o trabalho interdisciplinar dentro das unidades, visando proporcionar a educação em saúde da equipe (JAPIASSU, 2006; FURTADO, 2007).

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

Para avaliação dos resultados obtidos na ação educativa interdisciplinar, os profissionais responderam a um questionário validado e autoaplicável, adaptado de Mira (2010). Este instrumento objetivou analisar a satisfação dos participantes em relação à atividade aplicada, bem como verificar se ocorreu melhor compreensão sobre o tema “trabalho interdisciplinar” em saúde, após a ação educativa.

As respostas das perguntas abertas dos questionários foram reproduzidas no texto, seguidas da denominação P (profissional), número da fala (sendo consideradas as falas ditas pelo mesmo profissional) e, também, com a informação da profissão deste participante.

Análise estatística

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

critérios de inclusão e exclusão.

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

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

Variável	n	%
Idade (anos)		
20 - 30	15	36,6
30 - 40	13	31,7
40 - 50	10	24,4
≥ 50	3	7,3
Gênero		
Feminino	33	80,5
Masculino	8	19,5
Escolaridade		
Nível médio/técnico	22	53,7
Nível superior	19	46,3
Pós-graduação		
Especialização	14	34,1
Mestrado	1	2,4
Não possui	26	63,5
Profissão		
Cirurgião dentista	4	9,8
Enfermeiro	4	9,8
Médico	6	14,6
Agente comunitário de saúde	10	24,4
Auxiliar de enfermagem	2	4,8
Técnico em enfermagem	15	36,6
Tempo de exercício profissional		
1 - 5 anos	13	31,7
5 - 10 anos	14	34,1
10 - 15 anos	4	9,8
≥ 15 anos	10	24,4
Tempo de exercício profissional na instituição		
< 1 ano	8	19,5
1 - 5 anos	17	41,5
5 - 10 anos	10	24,4
10 - 15 anos	3	7,3
≥ 15 anos	3	7,3

n total=41.

Em relação a formação profissional, 65,8% atuam em cargos de nível médio ou técnico (ACS, auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem). Contudo, 46,3% dos entrevistados responderam ter ensino superior completo, assim, 12,1% dos profissionais que atuam em cargos de nível médio ou técnico nas ESF's possuem formação em nível superior. Considerando-se a pós-graduação, 34,1% relataram ter especialização e 2,4% mestrado, porém 63,5% não tinha pós-graduação. Os profissionais das ESF's apresentaram formação em cursos variados, destacando-se o técnico em enfermagem (36,6%) e ACS (24,4%). Já, a categoria com menor número de trabalhadores foi a dos auxiliares de enfermagem (4,8%). Sobre a experiência profissional, 65,8% dos pesquisados informaram trabalhar na atual profissão entre um período de 1 a 10 anos e

24,4% há mais de 15 anos, sendo que a maioria (85,4%) atua a menos de 10 anos na equipe.

De acordo com Fiúza *et al.* (2012), o pouco tempo de atuação em equipes é algo que ocorre em nível nacional, fato que pode ser explicado devido a alta rotatividade de profissionais do setor, causado pela frequente precarização do trabalho nas ESF's. Neste aspecto, a capacitação das equipes é considerada um grande desafio, o que resulta em dificuldades para a construção de vínculos entre os profissionais e a comunidade.

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

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

Variável	Sim (n=36) n (%)	Não (n=5) n (%)	p ^a	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%	p ^b
Idade						
< 40 anos	25 (89,3)	3 (10,7)	0,645	1	-	0,672
≥ 40 anos	11 (84,6)	2 (15,4)		0,66	(0,01–4,52)	
Gênero						
Feminino	28 (84,8)	5 (15,2)	0,563	1	-	0,999
Masculino	8 (100,0)	0 (0)		1,00	(0,00–1,00)	
Escolaridade						
Nível médio/técnico	18 (81,8)	4 (18,2)	0,350	1	-	0,235
Nível superior	18 (94,7)	1 (5,3)		4,00	(0,41–39,37)	
Pós-graduação						

Possui ^c	14 (93,3)	1 (6,7)	0,636	1	-	0,424
Não possui	22 (84,6)	4 (15,4)		0,39	(0,04–3,89)	
Profissão						
Nível médio/técnico ^d	22 (81,5)	5 (18,5)	0,146	1	-	0,999
Nível superior ^e	14 (100,0)	0 (0)		1,00	(0,00–1,00)	
Tempo de exercício profissional						
< 5 anos	13 (100,0)	0 (0)	0,160	1	-	0,999
≥ 5 anos	23 (82,1)	5 (17,9)		0,00	(0,00–1,00)	
Tempo de exercício profissional na instituição						
< 5 anos	32 (88,9)	4 (11,1)	0,497	1	-	0,575
≥ 5 anos	4 (80,0)	1 (20,0)		0,50	(0,04–5,65)	

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

Não houve diferença estatística ($p > 0,05$) entre a percepção da existência de interdisciplinaridade e as variáveis avaliadas. No entanto, 87,8% (n=36) dos participantes afirmou a existência de trabalho interdisciplinar na equipe. Resultados que corroboram com Costa (2002), que investigou profissionais de saúde atuantes em equipes multiprofissionais de Contagem, MG.

A despeito da maioria dos profissionais classificarem seu trabalho como interdisciplinar, deve-se destacar que, em geral, o verdadeiro conceito desta prática não é conhecido por este público (SAUPE *et al.*, 2005). Por exemplo, os trabalhadores acreditam que as discussões entre os diversos profissionais existentes no local de trabalho são suficientes para caracterizar um processo interdisciplinar (SCHERER *et al.*, 2013), o que não é verdade (SCHERER; PIRES, 2011). Este fato comprova que a simples junção de várias categorias profissionais no serviço de saúde não é o bastante para a execução concreta da interdisciplinaridade.

Dessa forma, observa-se um atendimento de forma fragmentada, em que cada profissional atua isoladamente, sem considerar que o indivíduo faz parte de uma família e de uma comunidade, em um determinado tempo histórico (ANDRADE *et al.*, 2004).

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

Considerando-se o correto conceito de trabalho interdisciplinar, este tema deve ser vivenciado na equipe visando ações que objetivem uma construção além do conhecimento, isto é, a ação direta dos profissionais sobre a população local (SCHERER; PIRES, 2011). Assim, é importante que os profissionais atuem sobre os determinantes diretos do processo saúde doença (fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais), de forma a romper com o foco na atenção à doença e aos atendimentos de demanda espontânea, quando a população busca a unidade para uma ação apenas curativa. O efeito dessa ação deve provocar um exercício reflexivo sobre seus atos e os resultados que poderão ser obtidos (BRASIL, 2011), transformando o trabalho interdisciplinar em algo singular, em decorrência da experiência e prática de cada equipe inserida em sua realidade.

Destaca-se que a transformação da intervenção deverá ocorrer através da busca constante de soluções e de aprendizados, pois o profissional deve estar disposto às mudanças constantes, visto que não existe um único objetivo para o tratamento do indivíduo (FAZENDA, 1994). Contudo, deve-se considerar que a interdisciplinaridade não deve anular o conhecimento específico de cada área, mas sim provocar a consciência dos limites e potencialidades de cada campo de saber, promovendo o fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994).

Em relação à profissão, observa-se que 81,5% dos profissionais que atuam em cargos de nível médio e/ ou técnico responderam de forma afirmativa sobre a existência da interdisciplinaridade, enquanto 100% dos profissionais de nível superior consideraram existir esta prática nas equipes. Este efeito é justificável, pois as instituições de ensino técnico e superior têm proporcionado um maior espaço de aprendizagem interdisciplinar já durante a formação profissional, o que permite uma maior interação com o tema, favorecendo a atuação futura (GUBERT, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Conforme Gubert (2009), após a implementação do SUS iniciou-se o processo de priorização da qualidade do atendimento à saúde, fato que poderia potencializar o grau de resolubilidade do serviço. Neste aspecto, após a promulgação da Lei nº. 9394/96 sobre Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), houve a necessidade de alteração nos currículos dos cursos da área da saúde, para que os novos profissionais tivessem uma visão generalista. Além disso, deveriam ser capazes de se inserir na realidade da comunidade, criando vínculos e soluções para uma convivência produtiva entre os vários saberes (SANTOS; CUTOLO, 2004).

O novo padrão de formação profissional exigido após 1996, destacava um

trabalho interdisciplinar exigido pelas características do SUS (GUBERT, 2009). Estes novos critérios levaram o estudante a ter um contato com o serviço público desde o início de sua formação, fato que estimula os recém-formados a buscar empregos nesta área (MORITA; KRIGER, 2003). Dentro deste contexto, também é possível explicar na presente pesquisa a predominância de jovens atuantes nas ESF's (36,6%) e a maior compreensão de existência de interdisciplinaridade entre os profissionais com menos de 5 anos de atuação profissional (100%) e daqueles com menos de 5 anos de atuação na equipe (88,9%).

Não houve associação das variáveis (odds ratio) e presença de trabalho interdisciplinar ($p > 0,05$). A explicação para este achado se deve, especialmente, a alta complexidade que envolve o trabalho interdisciplinar (SCHERER *et al.*, 2013), o qual necessita de uma multiplicidade de recursos para sua efetividade. Dentre eles,

pode-se citar: a união de saberes de diversas origens; um ambiente favorável; a existência de um projeto compartilhado e; principalmente, a atitude conjunta dos sujeitos. Segundo Scherer *et al.* (2013), é difícil que os profissionais atuantes em ESF's consigam agregar todos estes recursos. Entretanto, a pluralidade dos problemas e da atenção à saúde é um mobilizador para o pensamento e para a ação interdisciplinar na equipe. Fato que também foi observado no presente estudo, uma vez que ao encontrarem dificuldades para a operacionalização do processo, os profissionais buscam agir de forma a solucionar os problemas práticos do cotidiano. Porém, não há garantias que esta prática esteja sendo executada de forma correta, dentro dos princípios interdisciplinares.

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

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

Variável	n	%
Conhecimento prévio dos assuntos abordados		
Sim	21	51,2
Em parte	12	29,3
Não	8	19,5
Alcance dos objetivos propostos		
Sim	34	82,9
Em parte	7	17,1
Carga horária		
Suficiente	35	85,4

Insuficiente	6	14,6
Aproveitamento na AEIN		
Bom	33	80,5
Regular	5	12,2
Fraco	3	7,3
Contribuição das informações para atividade profissional		
Alta	18	43,9
Média	19	46,3
Baixa	4	9,8
Avaliação do material didático		
Adequado	38	92,7
Inadequado	3	7,3

n total=41.

A maioria dos profissionais (51,2%) respondeu ter conhecimentos prévios sobre os assuntos abordados, enquanto 82,9% e 85,4%, respectivamente, relataram que os objetivos da ação foram alcançados e que a carga horária destinada à atividade foi suficiente.

A ação aplicada apresentou boa aceitação pelos participantes, o que pode ser confirmado por meio de algumas falas descritas a seguir: “*foi muito bom conhecer que a interdisciplinaridade é importante em nosso trabalho*” (P1 - médico) e “*o pessoal compreendeu o assunto*” (P2 - dentista). Assim, observa-se que os profissionais estão abertos a novos treinamentos direcionados à educação em saúde. Também, este tema é cada vez mais discutido por proporcionar o desenvolvimento de reflexões e intervenções, que qualificam a assistência prestada, principalmente na saúde pública (CEOLIN *et al.*, 2008).

Quanto ao aproveitamento da atividade, 80,5% julgaram como bom e 92,7% consideraram o material didático utilizado

adequado. Apesar da avaliação geral da prática educativa ser positiva, a maioria (46,3%) respondeu que a contribuição das informações recebidas para o desenvolvimento de sua atividade profissional é mediana.

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

No presente estudo, os profissionais participaram ativamente do processo, verbalizando suas dúvidas e discutindo o tema abordado. O diálogo foi interrompido, em média, depois de 45 minutos do início da atividade, após se perceber que todos haviam compreendido a diferença entre os termos

“interdisciplinaridade” e “multidisciplinaridade”. Além disso, puderam expor exemplos práticos de como a interdisciplinaridade pode ocorrer nas ESF’s, bem como citar fatos vivenciados pela equipe.

Resultados similares a este trabalho utilizando a mesma metodologia, foram observados por Simonetti *et al.* (2007) e Gomes *et al.* (2008). No primeiro estudo, foram desenvolvidas práticas educativas sobre sexualidade e saúde reprodutiva para adolescentes, jovens, profissionais de saúde e de educação, além da comunidade em geral. Já na pesquisa de Gomes *et al.* (2008), o

método foi utilizado para apresentar aos trabalhadores hospitalares os direitos e deveres dos usuários do SUS no âmbito hospitalar. Neste contexto, os efeitos positivos demonstrados pela aplicação das rodas de conversa, confirmam sua eficácia para o treinamento de equipes da área de saúde.

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

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

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

Adequado	13 (92,9)	25 (92,6)	1,000 ^b
Insuficiente	1 (7,1)	2 (7,4)	

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

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

Quanto aos objetivos propostos, 13 dos 14 profissionais de nível superior (92,9%) e 21 dos 27 dos de nível médio/ técnico (77,8%), afirmaram que a ação foi eficaz, sendo que nenhum participante respondeu negativamente. Dentre os profissionais de nível superior e nível médio/ técnico, a maioria (78,6% e 88,9%, respectivamente) considerou a carga horária adequada.

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

Sobre a avaliação do material didático,

a maioria dos profissionais de nível superior e de nível técnico/ médio (92,9% e 92,6%, respectivamente) considerou adequada. Neste contexto, algumas falas podem ser enfatizadas: “*bem elaborado, fácil de entender*” (P5 – ACS) e “*de fácil compreensão*” (P6 – ACS).

Ao final da intervenção os participantes foram questionados sobre sugestões ou críticas, obtendo-se as seguintes afirmações: “*virem mais vezes fazer esse trabalho, pois é de importante conhecimento e aprimoramento*” (P6 – ACS), “*sugiro que nos visite mais vezes*” (P7 – dentista). Estas opiniões tornam claro o desejo de aprofundar os conhecimentos sobre o tema, o que é bastante positivo, visto que o trabalho em equipe de forma interdisciplinar é um dos pilares do ESF. Também, demonstra que a metodologia empregada foi bem aceita pelas equipes.

Araújo e Rocha (2006) ao avaliarem os desafios para a consolidação da ESF, sugerem que o trabalho em equipe deve ser norteador por um projeto assistencial comum e, que os profissionais desenvolvam ações de interação entre a própria equipe e, principalmente, com a comunidade. No entanto, para que isso ocorra, faz-se necessário promover capacitações, aumentando a qualificação da mão de obra e fortalecendo a capacidade para o trabalho coletivo, além de potencializar as ferramentas cognitivas capazes de amenizar a insatisfação

do trabalhador e também dos usuários, além de fortalecer a empatia entre os sujeitos (MUROFUSE *et al.*, 2009).

CONCLUSÃO

Os profissionais atuantes na ESF da cidade sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, em sua maioria afirmam realizar um trabalho interdisciplinar.

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

A utilização da metodologia da roda de conversa como ação educativa para a promoção da interdisciplinaridade na equipe de ESF mostrou-se eficaz, melhorando o entendimento do tema entre os profissionais, contribuindo para que o trabalho interdisciplinar seja repensado em sua forma de atuação, já que os trabalhadores

expressaram a necessidade de melhorar sua forma de trabalho.

É imprescindível medidas governamentais urgentes que supram as necessidades básicas dos profissionais, facilitando a realização das práticas interdisciplinares na equipe de ESF. Em suma, é necessário um maior número de ações educativas nestas unidades de saúde, com intuito de aprofundar o tema, sanar questões, formar opiniões e oferecer novas alternativas de trabalho, cumprindo-se, assim, as principais premissas da ESF, que são a criação de vínculos dos profissionais com as famílias e a comunidade como um todo.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **LDB (Lei nº 9.394/96)** de 23 de

dezembro de 1996. Dispõe sobre a lei de diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: Wiley, 2000. 373p.
- JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar: e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. 240p.
- MÉLLO, R.P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p.26-32, 2007.
- MENDONÇA, M.H.M. et al. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.s4-s5, 2008.
- MIRA, V.L. **Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo**. 2010. 226p. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, v.4, n.1, p.17-21, 2003.
- MUROFUSE, N.T. et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.3, p.314-320, 2009.
- NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.
- OLIVEIRA, I.C. et al. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.4, p.574-580, 2012.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.4, p.977-978, 2013.
- PEREIRA, J.L. et al. Considerações sobre interdisciplinaridade a partir de depoimentos de participantes da equipe de nutrição do projeto de extensão universitária 'bandeira científica'. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v.8, n.2, p.183-195, 2013.
- PINTO, E.S.G. et al. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p.657-664, 2010.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2 ed. São Paulo: Annablume, 2008. 254p.
- RODRIGUES, A.C.S. et al. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.531-537, 2010.
- ROQUETE, F.F. et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.2, n.3, p.463-474, 2012.
- SANTOS, M.A.M.; CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.32, n.4, p.65-74, 2004.
- SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.521-536, 2005.
- SCHERER, M.D.A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.
- SCHERER, M.D.A.; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Revista Tempus Actas**

de Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.69-84, 2011.

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

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

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

TRINDADE, L.L.; PIRES, D. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.22, n.1, p.36-42, 2013.

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

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