

Patrícia Chiconatto
Faculdade Campo Real
pattchic@hotmail.com

Vania Schmitt
Faculdade Campo Real
vania_schmitt@hotmail.com

Luana Bernardi
Universidade Estadual do Centro-Oeste
luana_bernardi@yahoo.com.br

Mário Umberto Menon
Universidade Estadual do Centro-Oeste
menon@irati.unicentro.br

Daiana Novello
Universidade Estadual do Centro-Oeste
nutridai@gmail.com

PERCEPÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE-SEDE DA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi avaliar a percepção da existência de trabalho interdisciplinar entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná, Brasil. Foram avaliados 214 profissionais de ambos os gêneros. O diagnóstico da interdisciplinaridade foi verificado por meio de um questionário validado. A percepção de interdisciplinaridade foi estatisticamente significativa para os profissionais com ensino superior, com tempo de exercício profissional na instituição menor que 5 anos, para aqueles que afirmaram presença de trabalho coletivo/em equipe, existência de reuniões multiprofissionais e planejamento das ações em saúde, e para aqueles que mencionaram que o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens. Houve associação entre existência de trabalho interdisciplinar e escolaridade, existência de trabalho coletivo/em equipe e o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens. As avaliações contribuem diretamente para o aprimoramento do trabalho interdisciplinar em ESF, considerando-se a importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde.

Palavras-chave: Integração Comunitária. Pessoal de saúde. Políticas Públicas de Saúde.

PERCEPTION ABOUT THE EXISTENCE OF INTERDISCIPLINARY WORK IN FAMILY HEALTH STRATEGY HOST CITY OF THE 5th REGIONAL OF HEALTH OF PARANÁ

ABSTRACT

The aim of the study was to evaluate the perception existence of interdisciplinary work among professionals of the Health Strategy of the Family Health Strategy (FHS) in the City Headquarters 5th Regional Health of State of Paraná, Brazil. They evaluated 214 professionals of both genders. The interdisciplinary diagnosis was verified by means of a validated questionnaire. The perception of interdisciplinarity was statistically significant for professionals with higher education, professional practice time in the institution smaller than 5 years, for those who reported the presence of collective work/team, existence of multidisciplinary meetings and planning of health actions, and for those who mentioned that work on the FHS provides new learning. There was an association between existence of interdisciplinary work and education, existence of collective work/team and work in the FHS provides new learning. Evaluations directly contribute to the improvement of interdisciplinary work in FHS, considering the importance of

interdisciplinarity to work in health.

Keywords: Community Integration. Health Personnel. Health Public Policy.

Recebido em: 09/12/2016 - Aprovado em: 14/01/2018 - Disponibilizado em: 15/07/2018

INTRODUÇÃO

A interdisciplinaridade caracteriza-se como uma unidade integral de inter-relação e interação entre as informações técnicas e científicas de duas ou mais disciplinas, a favor de um objetivo comum (FONTOURA *et al.*, 2014). Conceitualmente, não deve anular a disciplinaridade, também não significa a justaposição e não invalida a especificidade dos saberes. Seu intuito é conhecer as fronteiras e potencialidades de cada ciência para construir um fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994). Assim, o trabalho interdisciplinar ganha relevância quando utiliza o conceito ampliado de saúde, integrando-se às condições de vida da população (REZENDE *et al.*, 2009).

No Brasil, muitos esforços foram realizados para reduzir a visão fragmentada da saúde, oriunda do desenvolvimento da ciência e aprofundamento do conhecimento (especializações) dos profissionais de saúde. Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTIONI *et al.*, 2011), sendo a integralidade uma de suas diretrizes principais, que tinha o intuito de reorganizar as atuações de práticas profissionais em saúde (COSTA NETO, 2000).

Em 1991, visando à ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) que tinha como princípio o

desenvolvimento de ações com atuação de equipes multidisciplinares (KELL; SHIMIZU, 2010; BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2013). Entretanto, essa forma de trabalho focava o atendimento individual, incorporando o modelo biomédico como instrumento de atenção e cuidado em saúde (FERRO *et al.*, 2014).

Apesar do empenho governamental na implantação de programas públicos com abordagem interdisciplinar, sabe-se que a concretização da integralidade está relacionada com um cuidado aprimorado aos usuários e suas condições de vida (MATTIONI *et al.*, 2011), o que dificilmente ocorre entre as equipes. Assim, os profissionais deveriam atender o usuário de forma ampliada, entendendo-o como ser biopsicossocial (FONTOURA *et al.*, 2014). Diante dessa problemática, em 1994, foi implantado o Programa atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com objetivo de reorientação do modelo assistencial desenvolvido até então (COSTA NETO, 2000).

A ESF tem o propósito de uma ampliação do modelo médico-curativista tradicional, com uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, focada no contexto familiar e comunitário. Sua dinâmica pretendia um trabalho em equipe, com uma interação organizada entre indivíduos, os quais deveriam apresentar competências e habilidades distintas (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Com o intuito de estender a abrangência e o escopo da ESF, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuar em parceria com as ESF's (BRASIL, 2008). Entretanto, algumas falhas foram observadas para a concretização do trabalho interdisciplinar tanto nas ESF's como nos NASF's, destacando-se: formato médico-centrado, valorização da especialização, atendimentos individualizados e práticas profissionais isoladas, bem como poucos espaços para discussão de casos (FERRO *et al.*, 2014).

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

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Paraná, organiza a rede de atenção à saúde, na esfera estadual, em 2 polos, 6 macrorregiões e 22 regionais de saúde. As regionais são formadas por recortes territoriais

inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais (DAVID; TORRES, 2013). A 5ª Regional de Saúde do Paraná, foco dessa pesquisa, abrange 20 municípios, sendo Guarapuava a cidade-sede da regional como referência para o cuidado e atenção à saúde (PARANÁ, 2009). Destaca-se que nenhum estudo foi realizado até o momento com o intuito de avaliar o trabalho interdisciplinar neste local, fato de extrema relevância, considerando que na cidade-sede são atendidos em média 13.189 indivíduos mensalmente (PARANÁ, 2015).

O objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção da existência do trabalho interdisciplinar entre os profissionais das equipes de ESF's da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil.

MÉTODOS

Utilizou-se o delineamento quantitativo, descritivo e de corte transversal, desenvolvido no período de junho de 2014 a julho de 2015. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO (parecer n. 455.912/2013). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) ser profissional de saúde atuante em nas ESF's de Guarapuava, PR e; b) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão foram: a) não ser profissional de saúde; b) recusa na participação; c) não assinar o TCLE; d) desistência durante ou após a coleta de dados; e) profissionais em período de férias ou licença e; f) fichas preenchidas de forma incompleta.

A pesquisa foi realizada em Guarapuava, cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. Composta por 20 municípios, divididos em 3 microrregiões, conforme segue: a) Guarapuava (Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo), b) Laranjeiras do Sul (Marquinho, Nova Laranjeira, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond) e, c) Pitanga (Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Laranjal e Palmital), com população total de 454.220 habitantes. O município de Guarapuava apresenta 169.007 habitantes, perfazendo 37,21% da regional em questão (IBGE, 2010).

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliométrica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2015), para coleta de dados dos recursos humanos das ESF's da cidade-sede, referentes à identificação, ocupação dos profissionais, localização das equipes, dentre outros. Foram constatadas 33 Unidade Básicas de Saúde (UBS), sendo 31 ESF's e 2 NASF's. Considerando-se que nos NASF's de Guarapuava também atuam as ESF's, as 2 unidades de NASF também foram utilizadas na pesquisa.

A população total do estudo contou com 488 funcionários e 20 categorias profissionais distribuídas em 33 ESF's, sendo 28 (84,85%) na zona urbana (ZU) e 5 (15,15%) na zona rural (ZR). Considerando-se que o objetivo da pesquisa era avaliar apenas os profissionais de saúde, foram excluídos indivíduos que não faziam parte dessa caracterização, tais como: auxiliar de serviços gerais (40), vigia (9), auxiliar administrativo (2), professor (1) e motorista (1). Dessa forma, após a aplicação

deste critério, foi computado um total de 435 profissionais, sendo 369 (84,83% - ZU) e 66 (15,17% - ZR), divididos em 12 categorias: agente comunitário de saúde (ACS) n = 204 (46,90%), 172 (84,31% - ZU) e 32 (15,69% - ZR); agente de endemias n = 5 (1,15%), 3 (60% - ZU) e 2 (40% - ZR); auxiliar de enfermagem n = 39 (8,97%), 29 (74,36% - ZU) e 10 (25,64% - ZR); auxiliar de saúde bucal n = 28 (6,44%), 25 (89,29% - ZU) e 3 (10,71% - ZR); dentista n = 27 (6,21%), 23 (85,19% - ZU) e 4 (14,81% - ZR); enfermeiro n = 33 (7,59%), 29 (87,88% - ZU) e 4 (12% - ZR); fisioterapeuta n = 8 (1,84%), 7 (87,50% - ZU) e 1 (12,50% - ZR); fonoaudiólogo n = 3 (0,69%), 2 (66,67% - ZU) e 1 (33,33% - ZR); médico n = 51 (11,72%), 45 (88,24% - ZU) e 6 (11,76% - ZR); nutricionista n = 3 (0,69% - ZU); psicólogo n = 4 (0,92% - ZU) e técnico em enfermagem n = 30 (6,90%), 27 (90% - ZU) e 3 (10% - ZR).

Para a avaliação da percepção da existência de trabalho interdisciplinar iniciou-se o contato com cada unidade por meio do enfermeiro responsável, o qual recebeu explicações sobre a finalidade da pesquisa, para sensibilização e maior participação. Em seguida, o profissional disponibilizou data, horário e local das reuniões da equipe, para que fossem coletados os dados, a fim de não prejudicar o andamento normal do serviço. Na reunião inicial, todos os trabalhadores receberam informações sobre a pesquisa e, para aqueles que aceitaram participar, foi aplicado um questionário validado, autoaplicável e adaptado (COSTA, 2007), com o objetivo de avaliar a percepção acerca do termo "trabalho interdisciplinar". Este instrumento abordava 4 eixos principais de perguntas, sendo

elas: a) identificação, b) formação, c) trabalho na instituição e, d) interdisciplinaridade e equipe. O questionário levou em média 10 minutos para ser respondido. Durante o período de coleta (3 meses), cada unidade de saúde foi visitada pelo menos 3 vezes, visando obter uma maior abrangência de participantes.

Os dados foram avaliados pelo teste Kolmogorov-Smirnov (normalidade). Os dados

não paramétricos foram analisados pelos testes de qui-quadrado e exato de Fisher. A regressão logística (odds ratio) foi utilizada para avaliar a associação das variáveis e o entendimento da existência do trabalho interdisciplinar nas equipes (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e um nível de 5% significância ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, de um total de 435 (100%) profissionais de saúde pertencentes às ESF's, participaram efetivamente do estudo 214

indivíduos (49,20%), 191 (89,25%) da ZU e 23 (10,75%) da ZR. Na Tabela 1 estão descritas as características dos profissionais das ESF's.

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

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

Nutricionista	1,1 (2)	0,0 (0)	0,9 (2)
Psicólogo	0,5 (1)	0,0 (0)	0,5 (1)
Tempo de exercício profissional			
1-5 anos	31,4 (60)	17,4 (4)	29,9 (64)
5-10 anos	20,9 (40)	26,1 (6)	21,5 (46)
10-15 anos	22,5 (43)	21,7 (5)	22,4 (48)
> 15 anos	25,1 (48)	34,8 (8)	26,2 (56)
Tempo de exercício profissional na instituição			
< 1 ano	10,5 (20)	4,35 (1)	9,8 (21)
1-5 anos	39,8 (76)	26,1 (6)	38,3 (82)
5-10 anos	24,1 (46)	30,4 (7)	24,8 (53)
10-15 anos	18,3 (35)	21,7 (5)	18,7 (40)
> 15 anos	7,3 (14)	17,4 (4)	8,4 (18)

n total=214; **Fonte:** os autores.

A maior parte dos participantes encontrou-se na faixa etária de 30 a 40 anos (33,6%) e a menor entre 20 a 30 anos (17,3%), havendo prevalência do gênero feminino (86,9%), tanto na ZU como ZR. Em relação à escolaridade, verificou-se que na ZR houve um número maior de profissionais com ensino fundamental (8,7%) e nível médio/técnico (65,2%), enquanto na ZU destaca-se a formação superior (41,4%). Em geral, a maioria dos profissionais apresentou ensino médio/técnico (55,6%). Considerando-se a pós-graduação na ZU, 22,5% dos participantes possuem especialização e 1,1% mestrado. Já na ZR, a maioria (87%) não possui curso de pós-graduação, corroborando com o total (77,6%).

Os profissionais apresentaram formação em cursos variados, sendo que 76,6% atuam em cargos de nível médio/técnico (ACS, agentes de endemias, auxiliares de saúde bucal e auxiliares e técnicos em enfermagem), destacando-se o ACS (49,5%). Já, os psicólogos foram os menos representativos (0,5%). Além disso, constatou-se uma maior diversidade (12 profissões diferentes na ZU e 6 na ZR) e quantidade (191 profissionais

na ZU e 23 na ZR) de profissionais localizada na ZU. Porém, os enfermeiros e técnicos em enfermagem se concentraram mais na ZR (13,1% e 21,7%, respectivamente).

Na ZU foi observado um percentual maior de profissionais entre 1 a 5 anos (31,4%) e com 10 a 15 anos de experiência profissional (22,5%). Entretanto, na ZR 26,1% dos participantes tinham entre 5 a 10 anos e 34,8% apontaram ter mais de 15 anos de experiência. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, a maioria (48,1%) alegou atuar a menos de 5 anos. Na ZU, os percentuais daqueles que trabalham a menos de 1 ano na instituição foi de 10,5% e entre 1 a 5 anos de 39,8%. Já na ZR, 30,4% manifestaram estar de 5 a 10 anos na instituição, 21,7% citaram entre 10 a 15 anos e 17,4% informaram possuir mais de 15 anos de experiência profissional na instituição.

Na Tabela 2 está descrita a percepção dos profissionais sobre a existência de trabalho interdisciplinar nas equipes, de acordo com as variáveis de identificação, formação profissional e o trabalho nas ESF's.

Tabela 2 - Percepção dos profissionais em relação à existência de interdisciplinaridade nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), considerando-se as variáveis de identificação, formação profissional e o trabalho na ESF, Guarapuava, PR, Brasil, 2015

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

^aTeste de qui-quadrado; ^bTeste exato de Fisher; valor significativo quando $p \leq 0,05$; ^censino superior: dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo; ^densino fundamental/médio/técnico: agente

comunitário de saúde (ACS), agente de endemias, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico em enfermagem; ^epossui: especialização e/ou mestrado; ^foutras: agente de endemias, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico em enfermagem, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo; ^goutras: indicação, contrato, Programa Mais Médicos, processo seletivo simplificado; ^houtras: médico, técnico em enfermagem, toda a equipe; ⁱoutras: trabalhadores de saúde, surgimento natural de um profissional com características de liderança e a partir do planejamento a ser desenvolvido; ^joutras: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Gerência da ESF, Enfermagem e Usuários; n total=214; **Fonte:** os autores.

Não houve diferença ($p > 0,05$) entre a percepção da existência de interdisciplinaridade e as variáveis: localização, idade, gênero, curso de pós-graduação, profissão, tempo de exercício profissional, forma de ingresso na instituição, coordenação do trabalho em equipe, responsável pela escolha da coordenação da equipe e pelo planejamento das ações em saúde. Entretanto, os profissionais com ensino superior, tempo de exercício profissional na instituição < 5 anos, presença de trabalho coletivo/em equipe, presença de reuniões multiprofissionais, trabalho na ESF propiciando novas aprendizagens e presença de um planejamento das ações em saúde, responderam em maior número para a ocorrência de interdisciplinaridade na equipe ($p < 0,05$). Destaca-se que, no geral, 71% ($n=152$) dos profissionais afirmaram existir trabalho interdisciplinar.

Dos indivíduos com ensino superior e daqueles que confirmaram trabalhar na instituição a menos de 5 anos, 84,7% e 77,7%, respectivamente, responderam de forma afirmativa sobre a existência da interdisciplinaridade. Já, 76,3% dos que relataram a presença de trabalho coletivo/em equipe e 73,7% daqueles que mencionaram a existência de reuniões multiprofissionais, acreditam na existência do trabalho interdisciplinar. Finalmente, a existência de ações interdisciplinares foi abordada por 74,2% e 74% dos profissionais que citaram o trabalho na ESF como promotor de novas aprendizagens e a presença de um planejamento das ações em saúde, respectivamente.

Por meio da Tabela 3 pode-se observar a análise bivariada de características da existência de trabalho interdisciplinar nas ESF's.

Tabela 3 - Análise bivariada (odds ratio ajustado) para associação de variáveis com a existência de trabalho interdisciplinar nas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), Guarapuava, PR, Brasil, 2015

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

^aValor significativo quando $p \leq 0,05$; ^bensino fundamental/médio/técnico: agente comunitário de saúde, agente de endemias, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico em enfermagem; ^censino superior: dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo; **Fonte:** os autores.

As variáveis escolaridade, existência de trabalho coletivo/em equipe e o trabalho na ESF propiciando novas aprendizagens mostraram associação com a existência de trabalho interdisciplinar. Assim, podem-se verificar os seguintes resultados em relação à percepção da existência da interdisciplinaridade nas equipes: a) os indivíduos com ensino superior têm 3,49 mais chances de percepção do que aqueles com ensino fundamental/médio/técnico; b) os profissionais que trabalham coletivamente/em equipe apresentam 0,08 mais chances de compreensão das ações interdisciplinares e; c) os profissionais que responderam que o trabalho em equipe propicia novas aprendizagens possuem 0,23 mais chances de perceber a interdisciplinaridade do que os demais.

DISCUSSÃO

Observou-se uma elevada perda amostral (50,8%), comparando-se às pesquisas recentes (8,3 e 33%) (SANTOS *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2013), o que pode ser explicado devido, principalmente, aos diferentes objetivos, temas e participantes abordados. Para ocorrer um processo interdisciplinar é necessário inovar e romper a fragmentação dos saberes, buscando-se novas soluções e aprendizados. Esse fato colabora também para a baixa participação dos profissionais de saúde, além da possibilidade do assunto não ser visualizado como uma necessidade interna da equipe (COSTA, 2007).

Os resultados encontrados na Tabela 1 para idade, gênero e escolaridade corroboram com trabalhos que avaliaram profissionais de saúde em municípios brasileiros (PINTO *et al.*,

2010; SILVA *et al.*, 2014). A maior prevalência do gênero feminino é justificável, visto que a feminilização é uma prática em cursos da saúde e ESF's. Isso, em virtude do modelo estereotipado da mulher como “cuidadora” e mediadora da relação usuário x serviço de saúde (MACHIN *et al.*, 2011). Também, alguns fatores como a independência financeira, maior autonomia, realização profissional e complementação da renda familiar, proporcionam uma maior atuação das mulheres no mercado de trabalho (COSTA, 2008).

Ressalta-se que aproximadamente 4 em cada 10 trabalhadores possuem curso superior. Isso já era esperado, uma vez que a equipe da ESF deve ser composta por mais profissionais que exercem a função de nível técnico e auxiliar, como os ACS (BRASIL, 2012). Foi possível constar também que a pós-graduação não é realizada pela maioria dos profissionais (77,6%) (Tabela 1), corroborando com avaliações do perfil profissional em ESF's de Montes Claros, MG (GONÇALVES *et al.*, 2014). Esse efeito pode ser explicado, pois na maioria dos municípios brasileiros não existe um Plano de Cargos, Carreiras e Salários, isso pode levar à desmotivação para o aperfeiçoamento profissional (SOARES *et al.*, 2013).

A literatura demonstra que, em alguns casos, existe uma fragmentação das disciplinas da graduação, produzindo conteúdos com baixa contextualização de aprendizagem (LIMA *et al.*, 2015). Assim, é necessário que cursos de pós-graduação complementem a formação.

Referente ao tempo de exercício profissional individual e na instituição a maioria foi avaliada com menos de 10 anos (Tabela 1),

ratificando o processo de renovação de trabalhadores. Esse efeito é causado, provavelmente, às divergências salariais entre profissionais de mesmo nível, carga horária diferenciada e baixa formação específica para a prática de cuidado em saúde (PINTO *et al.*, 2010; TRINDADE; PIRES, 2013). Todos esses fatores podem contribuir diretamente para uma menor permanência dos profissionais nas equipes, aumentando assim a rotatividade.

Na Tabela 2 observa-se que 7 em cada 10 profissionais revelaram existir práticas interdisciplinares no ambiente de trabalho, corroborando com Costa (2007). Assim, o trabalho interdisciplinar na ESF deve ser considerado como uma construção de conhecimentos e ações, a partir de finalidades coletivas (SCHERER *et al.*, 2013). Também, a interdisciplinaridade não necessita anular a disciplinaridade, invalidar ou sobrepor à especificidade de cada campo do saber (GOMES; DESLANDES, 1994). Algumas falas dos participantes corroboram com essas afirmações (dados não mostrados): *“uma equipe interdisciplinar consegue chegar à conclusão e resolução dos problemas”*; *“interagir com os demais, cada qual expondo sua opinião, chegando à conclusão para o bem dos pacientes”*; *“interdisciplinaridade é a interação das áreas para um fim comum”*; *“profissionais trabalhando por um mesmo objetivo”* e; *“diferentes profissionais atuam em conjunto para a melhoria do atendimento”*.

Apesar de ainda se observar a fragmentação das disciplinas, as Instituições de Ensino Superior (IES) têm incentivado uma aprendizagem interdisciplinar em atendimento a

Lei nº 9394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Nesse aspecto, busca-se estimular o conhecimento dos problemas integrando currículos, além de ofertar serviços especializados à comunidade, estabelecendo uma relação de reciprocidade (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

A alteração curricular explica porque a maioria dos profissionais com ensino superior respondeu afirmativamente sobre a existência da interdisciplinaridade (Tabela 2). Também, os profissionais apresentam maior chance (3,49 vezes) (Tabela 3) de verificarem práticas interdisciplinares, comparados aos de ensino fundamental/médio/técnico. Similarmente, a maioria dos indivíduos que consideraram existir práticas interdisciplinares trabalham na instituição a menos de 5 anos, ou seja, possivelmente, já tiveram algum embasamento sobre interdisciplinaridade na graduação.

A literatura aponta que o trabalho em equipe é essencial, tanto para o funcionamento adequado do procedimento de trabalho na ESF, quanto para a construção de uma prática interdisciplinar (KELL; SHIMIZU, 2010). Essa afirmação corrobora com os resultados da Tabela 3, onde se observou que aqueles que perceberam a existência de trabalho coletivo/em equipe possuem 0,08 mais chances de verificar a ocorrência de práticas interdisciplinares. Assim, constata-se que o trabalho em saúde de forma coletiva/em equipe é compreendido pelos trabalhadores por meio das seguintes falas (dados não mostrados): *“todos os funcionários se envolvem quando há atividade coletiva”*; *“a todo momento estamos em contato com outras especialidades, pedindo auxílio, trabalhando em*

conjunto” e; “trabalhamos em parceria... um ajuda o outro”. Essa forma de ação é uma ferramenta valiosa para a construção da integralidade na ESF, buscando identificar limites e possibilidades para o cuidado integral à família (SILVA *et al.*, 2013). Aliado ao trabalho em equipe verificou-se a importância de reuniões multiprofissionais e do trabalho na ESF para a percepção de ações interdisciplinares (Tabela 2), o que foi mencionado durante as entrevistas (dados não mostrados): *“trabalhamos com uma equipe multiprofissional buscando a promoção e prevenção da saúde”.* Assim, as reuniões multiprofissionais aproximam diferentes condutas profissionais, a fim de solucionar problemas específicos (ROQUETE *et al.*, 2013). Esse fato é muito valorizado pelos trabalhadores das equipes, auxiliando na implantação de um projeto comum ao usuário (COSTA, 2007). Também, deve-se considerar que a aprendizagem da equipe deve estar consolidada em uma formação profissional, que vai além da construção de habilidade técnicas, alcançando uma conduta reflexiva das práticas profissionais (FEITOSA *et al.*, 2011). Nessa perspectiva, as ações interdisciplinares na saúde devem ser dinâmicas, relacionando questões biológicas, sociais, individuais e comunitárias, preparando o profissional para as frequentes transformações.

As ações em saúde possibilitam reorientar as práticas, ultrapassando lacunas existentes na área de formação e aspirando melhorias no processo (SANTOS; COUTINHO, 2014). Também, consistem em um espaço para trocas de experiências, onde o profissional pode demonstrar seu potencial criativo de forma integrada, a fim de promover o cuidado integral

em prol do usuário (VIEGAS; PENNA, 2013). Assim, explicam-se os resultados verificados sobre o planejamento das ações de saúde (Tabela 2), pois a maioria dos trabalhadores que compreendem existir esse planejamento acredita trabalhar de forma interdisciplinar.

Os indivíduos que responderam afirmativamente que o trabalho na ESF propicia novas aprendizagens apresentaram maiores chances (0,23) para a verificação das práticas interdisciplinares (Tabela 3). Dessa forma, a priorização do planejamento das ações deve ser considerada como um dos principais promotores do trabalho interdisciplinar nas ESF's (COSTA, 2007). Soma-se, ainda, que o processo interdisciplinar não tem um fim, e não está presente em todas as etapas, porém é construído a partir das necessidades e capacidades do ambiente e dos sujeitos atuantes no cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

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

tema vem ganhando maior importância dentro das equipes.

A percepção sobre existência de trabalho interdisciplinar apresentou associação com a escolaridade, existência de trabalho coletivo/em equipe e o trabalho na ESF propiciando novas aprendizagens. Dessa forma, essas variáveis podem contribuir diretamente para o aprimoramento do trabalho interdisciplinar coletivo, já que os participantes sinalizam claramente a importância da interdisciplinaridade para o trabalho. Todavia, a construção de novas propostas sobre o tema não pode acontecer apenas dos esforços dos trabalhadores, mas deve ser fundamentada em políticas públicas, que preencham as lacunas existentes no âmbito da prática interdisciplinar. Por fim, é primordial a oferta de ações educativas no tocante à interdisciplinaridade, com o intuito de capacitar

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação de Atenção Básica. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABPr.def>>. Acesso em 13 dez. 2017.

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

os profissionais, a fim de oferecer uma atenção integral à família, inter-relacionando a equipe e a comunidade local.

AGRADECIMENTOS

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

COSTA, M.O. Mulher e mercado de trabalho: a realidade Cearense. Fortaleza: Instituto de Desenvolvimento do Trabalho, 2008.

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

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

FEITOSA, R.M.M.; COSTA LIMA, D.W.; ALMEIDA, A.N.S. et al. Entre pensar e fazer na enfermagem: a interdisciplinaridade na perspectiva da clínica ampliada. Revista Baiana de Enfermagem, v.25, n.1, p.75-88, 2011.

FERRO, L.F.; SILVA, E.C.; ZIMMERMANN, A.B. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia de saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades e desafios. O Mundo da Saúde, v.8, n.4, p.111-129, 2014.

FONTOURA, L.F.; WIETZKE, M., MOREIRA, I.J.B. et al. Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do

trabalho em grupo nas ações de educação em saúde. Revista Uniabeu, v.7, n.15, p.66-75, 2014.

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

GONÇALVES, C.R.; CRUZ, M.T.D.; OLIVEIRA, M.P. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde em Debate, v.38, n.100, p.26-34, 2014.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. Applied logistic regression. New York: John Wiley and Sons, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em 15 out. 2017.

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

LIMA, V.V.; FEUERWERKER, L.C.M.; QUEIROZ PADILHA, R. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.20, n.1, p.279-288, 2015.

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

MACHIN, R.; COUTO, M.T.; SILVA, G.S.N. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.11, p.4503-4512, 2011.

MATTIONI, F.C.; BUD, M.D.L.D.; SCHIMITH, M.D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. Texto & Contexto Enfermagem, v.20, n.2, p.263-271, 2011.

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

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA). Desenvolvido pela Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná (CELEPAR).

Regionais de Saúde 2015. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em 7 out. 2017.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.44, n.3, p.657-664, 2010.

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

ROQUETE, F.F.; AMORIM, M.M.A.; BARBOSA, S.D.P. 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, 2013.

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

SANTOS, T.M.M.G.; NOGUEIRA, L.T.; ARCÊNCIO, R.A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. Acta Paulista de Enfermagem, v.25, n.6, p.954-961, 2012.

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

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

SILVA, D.L.; CARNEIRO, EM.; PEREIRA, G.C.T. et al. Conselho municipal de saúde: perspectiva do profissional de saúde inserido na estratégia saúde da família. Revista Unimontes Científica, v.16, n.1, p.35-47, 2014.

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

SOARES, L.A.C.F.; SOARES FILHO, A.A.F.; OLIVEIRA JUNIOR, A.R. et al. Plano de carreiras, cargos e salários (PCCS) e motivação dos trabalhadores em saúde: a percepção dos funcionários da secretaria municipal de saúde de Manaus. Revista

de Administração Hospitalar, v.10, n.1, p.61-74, 2013.

SOUZA, R.C.S.; GARCIA, D.M.; SANCHES, M.B. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. Revista Gaúcha Enfermagem, v.34, n.3, p.55-63, 2013.

TEIXEIRA, C.F.S.; COELHO, M.T.A.D.; ROCHA, M.N.D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.18, n.6, p.1635-1646, 2013.

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

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.17, n.1, p.133-141, 2013.

Patrícia Chiconatto

Nutricionista, Mestre. Docente do Curso de Nutrição da Faculdade Campo Real.

Vania Schmitt

Nutricionista, Mestre. Docente do Curso de Nutrição da Faculdade Campo Real.

Luana Bernardi

Nutricionista, Mestre. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Mário Umberto Menon

Matemático, Doutor. Docente do Curso de Matemática da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Daiana Novello

Nutricionista, Doutora. Docente do Curso de Nutrição e do Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste.
