

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

KELEN DOS SANTOS BARBOSA

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE EM RELAÇÃO À INTERDISCIPLINARIDADE**

**Porto Alegre
2007**

KELEN DOS SANTOS BARBOSA

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE EM RELAÇÃO À INTERDISCIPLINARIDADE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof. Ninon Girardon da Rosa

**Porto Alegre
2007**

RESUMO

A complexidade das necessidades e dos problemas de saúde apresentados pelos usuários atualmente exigem uma abordagem interdisciplinar, demonstrando que somente com a interação de diversas categorias profissionais é possível propiciar aos usuários um atendimento integral e resolutivo. Assim, o presente estudo tem por objetivo compreender a percepção dos profissionais de uma unidade básica de saúde em relação à interdisciplinaridade. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório descritivo, no qual foram entrevistados trabalhadores das diferentes categorias profissionais da equipe de uma unidade básica de saúde. À análise das informações observa-se que os sujeitos entendem que interdisciplinaridade pressupõe interação das diferentes disciplinas, integração entre os profissionais, desenvolvimento de atividades em benefício dos usuários e valorização igualitária dos componentes da equipe. Apesar de, em alguns momentos, subestimarem o trabalho interdisciplinar desenvolvido na unidade, este grupo consegue desenvolver a interdisciplinaridade em diversas atividades. Contudo, os sujeitos destacaram que o trabalho interdisciplinar requer um esforço pessoal para ultrapassar as barreiras impostas tanto pela formação dos profissionais, quanto por suas atitudes. Alguns profissionais da equipe percebem que a enfermagem, por sua formação generalista, tem uma grande capacidade de adaptação às atividades, desenvolvendo o trabalho interdisciplinar com mais facilidade. Enfim, podemos salientar que a unidade em questão tem avançado muito em relação à interdisciplinaridade, podendo afirmar-se que esta forma de trabalho já é uma realidade para esta equipe.

Descritores: Enfermagem em saúde comunitária, Atenção primária à saúde, Comunicação interdisciplinar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	6
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3.1 O contexto histórico da interdisciplinaridade.....	7
3.2 A evolução da interação entre as disciplinas.....	9
4 METODOLOGIA.....	12
4.1 Tipo de estudo	12
4.2 Local de estudo	12
4.3 Sujeitos do estudo	12
4.4 Coleta das informações	13
4.5 Análise das informações.....	13
4.6 Aspectos éticos	14
5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	15
5.1 Conceito de interdisciplinaridade	15
5.2 Atividades que caracterizam interdisciplinaridade	18
5.3 Fatores que favorecem ou dificultam a prática interdisciplinar	24
5.4 Enfermagem e interdisciplinaridade	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – Instrumento de coleta das informações	38
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	39
ANEXO - Carta de aprovação do projeto pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	40

1 INTRODUÇÃO

Durante os estágios realizados no Curso de Graduação em Enfermagem foi possível observar que algumas equipes de saúde funcionam de forma integrada, discutindo os problemas e realizando atividades conjuntamente, enfim trabalhando com uma abordagem interdisciplinar. Contudo, esta dinâmica não ocorre em todos os serviços de saúde, pois ainda vemos, em um número grande de equipes, os profissionais desenvolvendo suas atividades de forma individual e independente. Esta realidade leva-nos a alguns questionamentos relacionados ao trabalho em equipe: o que os profissionais integrantes da equipe de saúde entendem por interdisciplinaridade? Como esta tem sido desenvolvida na prática cotidiana das equipes de saúde? No que as enfermeiras têm contribuído para a concretização desta forma de trabalho?

Dada a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde, com os quais se defrontam usuários e profissionais atualmente, o trabalho interdisciplinar tornou-se imprescindível, demonstrando que somente com investimentos efetivos na união dos saberes será possível o atendimento verdadeiramente integral e resolutivo aos usuários. Corroborando com esta idéia, Camargo Júnior (2003, p.39) refere que:

[...] é imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras são limitadas para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental.

Portanto, a interdisciplinaridade tem sido considerada por diversos autores como alternativa para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo atual, com seus desafios. Entre eles, encontram-se os problemas de saúde (VILELA; MENDES, 2003).

Fazendo uma das primeiras reflexões nacionais sobre interdisciplinaridade, Japiassu (1976) a define como uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas. Esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade da temática comum, atua como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares.

Mais recentemente, interdisciplinaridade tem sido caracterizada como a possibilidade do trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições (SAUPE *et al.*, 2005).

Observa-se que o tema interdisciplinaridade é desafiador e instigante, por isso, neste trabalho, procuramos compreender como os profissionais da equipe de uma unidade básica de saúde o entende, pois consideramos que essas noções são primárias para realização de fato do trabalho interdisciplinar, que objetiva oferecer aos usuários um atendimento integral e de qualidade, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação à enfermagem, foi uma oportunidade de identificarmos como esta profissão está inserida neste contexto, visto que, pelas características da sua atuação em equipes nas unidades básicas de saúde (UBS), existe uma forte interação com as diferentes categorias profissionais.

2 OBJETIVOS

A seguir apresentam-se os objetivos deste estudo.

- Compreender a percepção dos profissionais de uma unidade básica de saúde em relação à interdisciplinaridade.
- Conhecer a percepção destes profissionais sobre a contribuição da enfermeira no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O contexto histórico da interdisciplinaridade

O conhecimento científico, a partir do século XVI, se impôs para o pensamento ocidental como o principal recurso para transformação das condições de vida. Esta maneira de aquisição do conhecimento obteve sucesso por operar de forma radicalmente nova, constituindo o que passou a ser identificado como “ciência moderna” (ALMEIDA, 2000).

A era moderna foi um período marcado por grande efervescência cultural, quando se destacou o filósofo Descartes, que inaugurou definitivamente o pensamento moderno, ao propor o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade e formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, caracterizado por uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer e pela redução às suas partes mais simples. Esse modelo é conhecido como modelo cartesiano e tornou-se um paradigma (ALMEIDA FILHO, 1997; MARCONDES, 1997).

No século XIX, com o avanço da ciência como expressão máxima da racionalidade humana, há também um processo crescente de disciplinarização (GOMES; DESLANDES, 1994). O positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber do mundo moderno e as disciplinas começaram a se afirmar de forma isolada. Em decorrência disso, surgiu uma excessiva especialização que resultou numa fragmentação do saber (MINAYO, 1994).

Portanto, em função da crítica ao excesso de racionalidade vigente no início do nosso século, com a evidente fragmentação do conhecimento e a constatação da necessidade do diálogo entre as diferentes disciplinas para compreender o mundo e o ser humano da contemporaneidade, ocorre um movimento de promoção da interdisciplinaridade. Sendo que, a segunda metade do século XX é o cenário onde a interdisciplinaridade apresenta-se como alternativa diante da fragmentação dos saberes (AIUB, 2006).

Segundo Fazenda (1995), há três momentos distintos na história da interdisciplinaridade. Na década de 70 é o momento da definição; na década de 80, a explicitação do método; na década de 90, a construção da teoria.

Minayo (1991) defende que a interdisciplinaridade na área da saúde coletiva coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho - a saúde e a doença no seu âmbito social - envolve concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e

afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos. Embora haja dificuldades de construir uma proposta interdisciplinar, essa é vista como desafio possível e desejável na área da saúde, uma vez que há limitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe, a seu favor, ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte.

Assim, no Brasil, a interdisciplinaridade no campo da saúde pública alcança um *status* de necessidade interna diante da complexidade que o problema da Saúde impõe. A situação de miséria, a alarmante concentração de bens e oportunidades e quase exclusão total de cidadania para imensa maioria da população brasileira dão maior dimensão e gravidade a necessidades de abordagens de saúde que sejam eficazes, competentes e que tenham uma face humana (GOMES; DESLANDES, 1994).

Em razão disto, na atualidade, a pauta convergente e mobilizadora de esforços integrados entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação diz respeito às políticas públicas que focalizam a reorientação do modelo assistencial, passando a ter a atenção à família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção à saúde como seus fundamentos básicos (SAUPE *et al.*, 2005). Sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) uma das estratégias principais desta reorientação, estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF revelaram: ausência de responsabilidade coletiva no trabalho e baixo grau de integração entre as categorias profissionais (PEDROSA; TELES, 2001). Podemos considerar então que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência” (FRANCO; MERHY, 2006).

Isso posto, a interdisciplinaridade necessita ser desenvolvida para estabelecer uma nova relação entre os profissionais de saúde e para facilitar a realização de mudanças, diferentemente do modelo biomédico tradicional (SAUPE *et al.*, 2005). Para isso, segundo Mendes (1996), há que se transporem alguns obstáculos: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, os espaços de poder que a disciplinarização significa, a estrutura das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes sem nenhuma comunicação entre si, as dificuldades inerentes a experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Nesta perspectiva, faz-se necessária, também, a diferenciação de alguns termos, que diversas vezes, têm sido utilizados como sinônimos de interdisciplinaridade:

multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. Multidisciplinaridade seria o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico e científico. Transdisciplinaridade seria a radicalização da interdisciplinaridade com a criação de um campo teórico ou disciplinar de tipo novo e mais amplo (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Neste caso, a disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares (SAUPE *et al.*, 2005).

3.2 A evolução da interação entre as disciplinas

Em meados dos anos 70, um dos principais problemas nas equipes de saúde era a predominância de pessoal de nível superior, em particular médicos, em detrimento do pessoal de nível técnico e auxiliar qualificado. Esta situação, associada à ampla contratação de trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular, tais como atendentes de enfermagem, instalou uma modalidade bipolar de equipe de saúde-médico/atendente, que era considerada inadequada (MACHADO *et al.*, 1992). É nesta mesma época que o trabalho em equipe multiprofissional de saúde ganha ênfase no Brasil, período marcado pela forte expansão do mercado de trabalho em saúde, em razão das necessidades de extensão de cobertura dos serviços que foi efetuada com base nos modelos de reforma médica, particularmente a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, esta enfatizando o trabalho em equipe como recurso de racionalização dos serviços (PEDUZZI, 1998).

Contudo, somente a partir dos anos 80 a modalidade bipolar de equipe de saúde começa a ser revertida com o aumento da incorporação de profissionais de nível médio e de profissionais de nível superior não-médicos, tendendo a eliminar a dicotomização médico/atendente e tornar mais diversificada a composição da equipe de saúde (MACHADO *et al.*, 1992).

Assim, os centros de saúde passaram a preconizar uma equipe de saúde multidisciplinar, formada essencialmente por profissionais de nível superior das seguintes áreas: enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social, odontologia e outros. Segundo Peduzzi (2001), esta estratégia de trabalho, utilizada para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, que aprofunda verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados, sem contemplar

a articulação das ações e dos saberes, qualifica o atendimento, porque agrega diferentes conhecimentos, mas não garante que o trabalho desenvolvido seja integrado.

Do ponto de vista da Enfermagem, pode-se dizer que é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando os cuidados, seja coordenando outros setores para prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Atualmente, o enfermeiro tem construído sua evolução profissional, tanto em espaços destinados ao desenvolvimento de especializações que aprimoram sua prática, à elaboração de teorias e teses que subsidiam seu saber/fazer, quanto na abertura/ocupação de espaços não ocupados anteriormente pelos mesmos, em instituições privadas ou públicas (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Contudo, um documento da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997)¹ *apud* Rocha e Almeida (2000, p.97), que trabalhou com as descrições da enfermagem em todo mundo, demonstra que a qualificação do pessoal de enfermagem e suas atividades (sua prática) diferem profundamente de um local para outro. Concluindo que, em todo mundo, a natureza e a prática da enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura e essa realidade difere de país para país, de região para região. Reforçando esta idéia, estudos recentes revelaram que o cuidado no trabalho da enfermeira na UBS apresenta-se de acordo com a especificidade do processo de produção desenvolvido neste ambiente e a subjetividade da enfermeira que o realiza (FRIEDRICH; SENA, 2002).

Segundo Gomes e Oliveira (2005), esta heterogeneidade do trabalho da enfermeira pode gerar por vezes, uma imagem de “argamassa”. Essa imagem traduz a representação de aglutinadora a partir das atividades desenvolvidas no processo tecnológico de trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que destaca a representação do enfermeiro inserido nos “espaços vazios” deixados pela equipe multiprofissional. Com isso, diversas vezes, a enfermeira tem se apropriado daqueles que são considerados como espaços próprios de trabalho de forma confusa, apresentando muito mais um comportamento político do que técnico em si (SOUZA, 2000).

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nursing practice around the world**. Geneva, 1997. (Nursing/Midwifery – Health Systems Development Programme).

Enfim, observa-se que esta heterogeneidade das atividades desenvolvidas pela enfermeira nos serviços de saúde pode gerar diferentes formas de atuação junto à equipe multiprofissional, levando-nos a refletir o quanto tal fato pode favorecer ou dificultar o trabalho interdisciplinar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Caracteriza-se como um estudo qualitativo, exploratório descritivo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO *et al.*, 1994).

O estudo descritivo visa realizar a descrição de fatos, fenômenos ou processos a serem estudados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Já os estudos exploratórios, conforme Trivinõs (1990) permitem ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema.

4.2 Local de estudo

O cenário escolhido para a pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde HCPA / Santa Cecília (convênio entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre), em razão da convivência mais próxima com esta equipe no estágio da disciplina de Administração em Enfermagem (8º semestre da graduação), que favoreceu o vínculo com estes trabalhadores e pela composição heterogênea deste grupo, que conta com diferentes categorias profissionais.

4.3 Sujeitos do estudo

Os participantes do estudo foram os representantes das categorias profissionais desta equipe: 2 enfermeiros, 2 auxiliares de enfermagem, 2 médicos, 2 auxiliares administrativos, 2 agentes comunitários de saúde, 1 nutricionista, 1 odontólogo e 1 farmacêutico. A participação destes deu-se através de convite, sendo que os profissionais foram sorteados, exceto o

nutricionista, o odontólogo e o farmacêutico, por representarem o total de profissionais destas categorias.

4.4 Coleta das informações

A coleta de informações realizou-se por meio de entrevista individual semi-estruturada, que é definida por Trivinhos (1990) como a entrevista que possibilita o informante seguir espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Durante a realização das entrevistas foi utilizado equipamento de áudio para a gravação das mesmas.

4.5 Análise das informações

As informações foram coletadas, transcritas e posteriormente analisadas conforme referencial de Análise de Conteúdo de Bardin, pois este tipo de análise é apropriada para trabalhar com material qualitativo, oriundo de entrevistas que tratam do modo como as pessoas vivem e a sua relação com objetos cotidianos (BARDIN, 2004).

Segundo Bardin (2004), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

Pré-análise: fase em que ocorreu a organização do material propriamente dito. Correspondeu a um período de intuições, objetivando sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir o desenvolvimento das etapas seguintes.

Exploração do material: consistiu essencialmente de operações de codificação ou enumeração, em função de regras previamente formuladas, que permitiram organizar o material em categorias.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: fase em que ocorreu a interpretação das categorias previamente descritas.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu a normatização da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas com seres humanos.

A coleta das informações teve início após aprovação do projeto de pesquisa no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Aos informantes da pesquisa foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual constava a participação voluntária e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Tal termo foi assinado, ficando uma via com o sujeito e outra com o pesquisador. Preservou-se o anonimato dos participantes por meio da utilização de identificação numérica (Entrevistado nº) nos trechos das entrevistas que constam no trabalho. Os instrumentos utilizados serão guardados por cinco anos.

Em relação aos benefícios deste estudo, considera-se a oportunidade em aprofundar a temática “interdisciplinaridade”, tão importante para o desenvolvimento do trabalho em equipe na atualidade, e o momento de reflexão sobre o assunto com integrantes da equipe da unidade. Quanto aos riscos, acredita-se que o estudo não proporcione riscos para os sujeitos envolvidos.

5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Nesta etapa será apresentada a análise das informações obtidas através de entrevistas realizadas com profissionais da Unidade Básica de Saúde HCPA / Santa Cecília. Dentre os trabalhadores que compõe a equipe de saúde desta unidade, foram entrevistados treze sujeitos, representando as categorias profissionais existentes.

A partir da leitura das informações, segundo a proposta de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004) surgiram quatro categorias:

- Conceito de interdisciplinaridade
- Atividades que caracterizam interdisciplinaridade
- Fatores que favorecem ou dificultam a prática interdisciplinar
- Enfermagem e interdisciplinaridade

A análise das categorias procurou compreender a percepção destes profissionais de saúde em relação à interdisciplinaridade.

5.1 Conceito de interdisciplinaridade

É fundamental que os profissionais compreendam o significado de interdisciplinaridade, para terem condições de analisar se o trabalho que desenvolvem está ocorrendo de forma interdisciplinar ou se estão inseridos em uma equipe multiprofissional, onde seus pacientes podem dispor de diversas possibilidades de atendimentos, sem necessariamente haver interação entre os profissionais.

Saupe *et al* (2005) diz que apesar da interdisciplinaridade ser um conceito que só se concretiza na realidade das ações, como tantos outros, não dispensa ou anula a necessidade teórica para sua compreensão.

Analisando as diferentes visões de interdisciplinaridade referidas pelos profissionais desta equipe de saúde, observa-se que estes destacam alguns elementos, os quais consideram essenciais na composição da interdisciplinaridade: interação das diferentes disciplinas, integração entre os profissionais, desenvolvimento de atividades em benefício dos usuários e valorização igualitária dos componentes da equipe.

[...] a soma destes trabalhadores, a especificidade de cada um com a sua formação e a interação dos profissionais, buscando o benefício do usuário [...] (Entrevistado 02).

[...] é a equipe se integrar, cada um na sua profissão, mas tentando fazer um trabalho comum a todos, que beneficie o paciente [...] (Entrevistado 04).

[...] é quando profissionais de diferentes áreas [...] conseguem trabalhar num mesmo ambiente se comunicando bem, através de linguagem, através de prontuários unidos, através de trocas de experiências em seminários, através de discussões de casos de um paciente que é atendido por muitos profissionais diferentes. Então, quando vários profissionais se reúnem pra discutir a respeito de um paciente, como fazer um tratamento único, eu entendo isso como interdisciplinaridade (Entrevistado 09).

Vilela e Mendes (2003) consideram a interdisciplinaridade uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum, conforme destacado nas falas destes sujeitos.

A alusão à especificidade da formação dos trabalhadores, característica da interdisciplinaridade, que não tem como objetivo abolir os limites entre as disciplinas, mas sim manter o respeito às bases disciplinares específicas, também reforçam esta idéia. Assim como a interdisciplinaridade não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo do saber. Ela, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994).

Segundo Silva e Trad (2005), a interação pode ser definida como prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, situação em que os profissionais podem discutir sobre o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum. Neste sentido, o ato de comunicar-se é enfatizado pelo entrevistado 09 como uma ferramenta indispensável no desenvolvimento da interdisciplinaridade, pela capacidade que a comunicação tem de promover uma ligação entre os profissionais, possibilitando a realização de uma terapêutica comum. A interdisciplinaridade requer uma abordagem que, entre outras coisas, estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Não se admite interdisciplinaridade sem relacionamento, relacionamento sem comunicação e comunicação sem atitudes (Saupe *et al.*, 2005).

A integração pode ser definida como o ato de integrar-se, completar, tornar-se parte integrante; incorporar-se (INTEGRAÇÃO, 1999, p.1121). Assim, quando um profissional sente-se parte de um todo ou integrado, desenvolve um projeto que também é seu, com comprometimento, entrosamento e confiança.

O desenvolvimento de atividades que beneficiem os usuários, também destacado nas falas, surge como finalidade do trabalho interdisciplinar, levando-nos a refletir de que forma estas atividades ocorrem na prática. O Sistema Único de Saúde (SUS), que orienta as ações em saúde pública no Brasil e, portanto as práticas que os profissionais desenvolvem na UBS, tem entre seus princípios norteadores a integralidade, que “é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção profissional” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2005, p.242). O exercício da integralidade gera resolutividade no atendimento, o que podemos considerar como um dos maiores benefícios que um profissional de saúde pode oferecer a um usuário. Um projeto terapêutico de integralidade e resolutividade é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face do concurso de diversas áreas de especialidade de uma profissão (CECCIM, 2005). A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A fala abaixo faz menção ao que poderíamos chamar de valorização igualitária dos componentes da equipe, outro requisito citado entre os sujeitos.

[...] trabalhar em equipe, é a gente sentar e discutir e todas as pessoas terem a voz no mesmo nível [...] sem o ranço do corporativismo [...] sem aquela disputa de poder [...] (Entrevistado 06).

O enfoque apresentado exalta a importância do debate, da problematização, onde todos os profissionais possam expor seus argumentos, confiando que este será valorizado, influenciando de alguma forma nas resoluções ou decisões do grupo. Assim, o corporativismo, pensado como um agrupamento, onde seus componentes irão defender acima de tudo seus interesses, coloca-se certamente em oposição à interdisciplinaridade. Na universidade moderna, a cartografia epistemológica foi configurada em disciplinas e departamentos. Tal recorte histórico deu origem ao corporativismo das especialidades e aos controles burocráticos que dificultam as práticas interdisciplinares. Profissionais e associações disciplinares passaram a defender a vigência e manutenção dessa perspectiva, aceitando a fragmentação como modo organizador dos saberes-fazeres (CARVALHO; CECCIM, 2006). A tendência corporativa dos profissionais de saúde, a degradação da clínica pela medicina de mercado e a burocratização das organizações de saúde têm-nos legado limitada capacidade de resolver problemas nos serviços de saúde, alienação e descompromisso com a cura ou com a promoção da saúde (CAMPOS, 1997).

A reflexão que estes autores trazem justifica a postura de alguns profissionais na prática assistencial visto que muitos deles estão reproduzindo uma formação compartimentalizada.

[...] é a participação de todos os profissionais da área de saúde [...] Assim, um paciente que é encaminhado para mim, eu trabalho aqui e encaminho para uma psicóloga, que aqui a gente não tem, mas a gente encaminha pra fora, para fonoaudióloga, para fisioterapeuta [...] para enfermeira, para farmácia [...] (Entrevistado 05).

A multidisciplinaridade refere-se basicamente a associação e justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista. Não se verifica uma integração interdisciplinar (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Este conceito converge para a visão explicitada pelo entrevistado acima, pois a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade (GOMES, 1997). Segundo Silva e Trad (2005), a multiprofissionalidade por si só não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de uma atenção integral. Para atingir esses objetivos, deve-se estabelecer entre os membros da equipe uma nova concepção de trabalho que admita a diversidade de ação, busque constantemente o consenso e que esteja baseada na interdisciplinaridade (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

[...] a interdisciplinaridade [...] a gente deve buscar [...] a gente tem muito que aprender, todos os profissionais [...] (Entrevistado 01).

As diferentes visões com relação à interdisciplinaridade nos remetem a idéia de que esta definição não é única ou estática, mas é um conceito dinâmico, que necessita além de uma estreita conexão entre os saberes teóricos e o fazer dos profissionais, uma integração das suas ações, para que se torne um objetivo comum a todos, propiciando seu desenvolvimento.

5.2 Atividades que caracterizam interdisciplinaridade

Considerando que a interdisciplinaridade somente é concretizada na realidade das ações, as atividades realizadas pela equipe são capazes de denotar o quanto esta prática está ocorrendo. Entre as atividades mais lembradas estão as visitas domiciliares, os grupos de

educação em saúde, os programas de saúde Hiperdia e Pré-nenê, o acolhimento e a reunião de equipe.

Conforme as declarações dos sujeitos, dentre as atividades que ocorrem atualmente na UBS, a visita domiciliar (VD) parece ser a mais característica de interdisciplinaridade. Cabe ressaltar, que a maioria das VD's realizadas pelos profissionais da unidade derivam do Programa de Assistência Domiciliar (PAD), que é desenvolvido na UBS com objetivo de atender pacientes que não têm condições de acessar o serviço. Para a inclusão de um usuário no programa é realizada discussão do caso na reunião de equipe. Assim, após a concordância do grupo em cadastrá-lo, o paciente passa a ter uma enfermeira e um médico de referência, que farão o seu acompanhamento, por meio de visitas regulares, sendo a periodicidade destas estabelecida conforme as necessidades apresentadas pelo usuário. O PAD, que inicialmente era desenvolvido com enfermeiras e médicos, atualmente vivencia um processo de inserção de outras categorias profissionais:

[...] no programa de assistência domiciliar [...] houve a inserção [...] dos agentes comunitários, dos técnicos de enfermagem, do pessoal da nutrição, da farmácia [...] então eu acho que esse programa tinha que ter o apoio da equipe toda e acho que a gente tá nesse caminho, ainda não chegamos lá [...] eu acho que tá acontecendo (Entrevistado 02).

[...] se não fosse em conjunto não teria tido o resultado que teve (Entrevistado 02).

[...] tanto a enfermagem, os médicos, a nutrição, todos estão engajados nisso, vão lá na comunidade atender [...] estão bem integrados no mesmo objetivo (Entrevistado 04).

As declarações destes sujeitos reafirmam a importância do trabalho conjunto, pois demonstram que um número maior de categorias profissionais trabalhando com um mesmo objetivo qualifica o atendimento, na medida que amplia a capacidade de resolução dos problemas, trazendo melhores resultados às ações.

Diante disso, observa-se que nesta UBS a visita domiciliar representa uma prática interdisciplinar diferenciada, na medida em que a literatura tem descrito VD's, na maioria das vezes, como atribuição da enfermagem, provavelmente em razão desta ter sido pioneira no desenvolvimento desta atividade em Saúde Pública, e, mais recentemente, também como atribuição dos agentes comunitários de saúde. Em 1920, Amaury de Medeiros introduz na escola de enfermagem da Cruz Vermelha um curso de visitadoras sanitárias. Neste mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que

o serviço referido fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004).

Objetivando a promoção da saúde, os grupos de educação para a saúde têm sido alternativa muito utilizada pelos serviços. Esta modalidade de atendimento promove o saber em saúde a partir da participação cooperativa dos membros. É um espaço de desenvolvimento da autonomia que amplia as capacidades destes de fazerem escolhas de forma livre e esclarecida (SANTOS *et al.*, 2006).

[...] o grupo de peso é interdisciplinar, porque é feito com o serviço da nutrição, da enfermagem e tem a área médica também, eu não sei se foi elaborado junto, mas há uma participação em conjunto [...] (Entrevistado 02).

O grupo de gestantes tem a participação das enfermeiras, do ginecologista/obstetra, da dentista, da auxiliar de consultório odontológico [...] da nutricionista [...] das enfermeiras do hospital ensinando amamentação, então este é um trabalho que eu considero bem característico da interdisciplinaridade [...] (Entrevistado 05).

Nas visões acima, podemos observar que os grupos de educação em saúde têm sido uma atividade freqüente na equipe, chamando a atenção também para o número de categorias profissionais mencionadas como participantes. Nas falas dos sujeitos foram lembradas a maioria das profissões que compõe a equipe da UBS.

Segundo Santos *et al* (2006), grupo é uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal e orientada para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos direcionados à transformação contínua do nível de saúde e condições de vida dos seus participantes. Caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente, a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde.

O entrevistado 02, ao falar do grupo de peso, refere sobre a “elaboração” do grupo. Tal reflexão sugere que este considera importante o planejamento conjunto. Segundo Araújo e Rocha (2007), um elemento de forte consenso na literatura está no fato de que o trabalho em equipe implica o compartilhar do planejamento, a cooperação e a colaboração.

Diversos programas e projetos são propostos pelo Ministério da Saúde com a missão de trazer a saúde para perto do cidadão e dar ao profissional a especialização necessária, a fim de que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade (BRASIL, [2007b]). Na Unidade Básica de Saúde HCPA / Santa Cecília, o desenvolvimento destes programas, especialmente

Hiperdia e Pré-Nenê, propicia mais um momento de trabalho em equipe, pois alguns dos entrevistados se referiram a estes como atividades típicas da interdisciplinaridade.

[...] Principalmente esses programas, o Hiperdia, a gente consegue trabalhar junto e precisa de todo mundo [...] (Entrevistado 01).

[...] o atendimento da criança [...] é feito tanto pelo médico de família quanto pelo pediatra, as meninas da sala de vacinas fazem as vacinas, o teste do pezinho [...] esses profissionais atuam juntos atendendo o mesmo paciente, com o mesmo objetivo (Entrevistado 07).

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias, através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, no âmbito da atenção básica, poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade ocasionada por estas. Para isso, o sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (BRASIL, [2007c]).

O Programa Pré-Nenê (Programa de Vigilância e Atenção integral à Saúde das Crianças Menores de Um Ano), idealizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, é um programa de vigilância à saúde das crianças menores de um ano e tem como objetivo principal produzir ações de saúde que propiciem o pleno desenvolvimento da criança, buscando aumentar sua qualidade de vida e a de sua família. Todas as crianças menores de um ano têm direito ao atendimento integral oferecido pelos serviços de saúde do município de Porto Alegre. Elas deverão ter prioridade no atendimento e ser acompanhadas em, no mínimo, sete consultas no primeiro ano de vida. Essas consultas têm agendamento prévio e a primeira consulta deverá ser marcada ainda pela maternidade (PORTO ALEGRE, 2004).

A partir deste contexto, podemos salientar que nesta UBS é realizado um bom trabalho relacionado também aos programas de saúde, pois apesar do Ministério da Saúde prever nos manuais dos programas atividades para cada categoria profissional, este órgão não dispõe sobre a atuação destes trabalhadores de maneira conjunta ou interdisciplinar para execução dos referidos programas.

Assim como os programas de saúde, o acolhimento também foi percebido pelos entrevistados como ação interdisciplinar.

[...] no acolhimento muitas vezes a gente tem que atender uma pessoa e vai lá discutir com o médico [...] então assim a gente se respeitando, eu respeitando o trabalho deles, eles respeitando meu trabalho ou tentando resolver de maneira que não prejudique o paciente ou então dar outra saída [...] (Entrevistado 04).

Visitas [...] e o acolhimento (Entrevistado 03).

O entrevistado 04, ao falar do acolhimento, relata o bom entrosamento da equipe da UBS, no momento de avaliar as necessidades apresentadas pelos usuários e considera a importância do diálogo entre os trabalhadores para o alcance de uma avaliação qualificada, considerando o saber de cada disciplina. Assim, acolhimento é uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe (MALTA *et al.*, 1998). Segundo Silva Junior e Mascarenhas (2005), o acolhimento é considerado um dos conceitos que, articulados a vínculo/responsabilização e qualidade da atenção, traduzem a integralidade.

Na UBS HCPA/Santa Cecília acontece, às quartas-feiras, reunião da equipe de saúde, com a participação de todos os profissionais que a compõe. Nestes encontros são discutidos desde assuntos administrativos relacionados à organização do serviço até discussões de casos de usuários. Segundo Dall'agnol e Martini (2003), as reuniões de trabalho podem ser espaços de aprendizagem, de desenvolvimento das capacidades humanas, que possibilitam o aprimoramento técnico, científico e ético das relações. Para que isso ocorra, é fundamental que as reuniões sejam espaços de discussão, reflexão, troca de idéias e divulgação do conhecimento e não somente uma tentativa de resolver problemas emergenciais (GOMES; ANSELMO; LUNARDI FILHO, 2000). Nos depoimentos dos entrevistados, a reunião de equipe surgiu como atividade relevante, dentre as consideradas interdisciplinares, aparecendo como um momento onde é dada igual importância às manifestações das vontades de todos os

membros desta equipe. Reafirmando, portanto, a valorização igualitária dos membros como um dos elementos essenciais à interdisciplinaridade.

[...] o auge da interdisciplinaridade é a reunião de quarta-feira, porque todos os profissionais interagem de uma forma parelha, o voto de todo mundo tem o mesmo valor (Entrevistado 09).

[...] a coisa mais interdisciplinar que tem aqui [...] é a reunião de equipe (Entrevistado 06).

Podemos considerar ainda que o fato desta reunião ser um momento privilegiado, onde se encontram reunidos todos os profissionais da unidade, contribui decisivamente para o desenvolvimento da interdisciplinaridade. Segundo Dall'agnol e Martini (2003), entre outros aspectos, sinaliza-se a condição de interdependência intra e inter-equipes e entre áreas do conhecimento para que o trabalho se efetive. Este fato coloca os protagonistas na eminência de muitas situações face-a-face. Precisando interagir, informar, dialogar, debater, tomar decisões coletivas, reuniões acontecem.

[...] no início de cada ano, a gente faz uma reunião de planejamento e as reuniões são divididas em grupos, que não é o grupo do administrativo, o grupo da medicina ou o grupo da enfermagem. Nós misturamos os grupos pra isso, pra que aja uma união entre as pessoas, pra que a gente decida como o posto pode trabalhar melhor, o posto em si, ele é um trabalho interdisciplinar, porque [...] tu tem todas as áreas juntas, então a gente trabalha junto [...] quando são necessárias reuniões, pra discutir isso, como [...] dialogar melhor entre as disciplinas (Entrevistado 08).

O depoimento acima revela a importância do planejamento conjunto das atividades para a efetivação da prática interdisciplinar. Esta ação favorece a integração dos profissionais, promove discussão, melhora a comunicação e conseqüentemente facilita o trabalho entre as pessoas. Em um estudo realizado por Peduzzi (2001), os sujeitos entrevistados destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais, demonstrando, através de diversas visões, a importância da equipe buscar metas que ela própria estabeleceu e não que lhe foram impostas. Neste contexto, Silva e Trad (2005) referem que a descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções.

A partir das informações dos profissionais entrevistados, observa-se que a interdisciplinaridade permeia este cotidiano, existe uma pré-disposição nesta equipe. No entanto, é preciso ressaltar que “a interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e processual. Nem todos os momentos vividos numa unidade de saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe” (SAUPE *et al.*, 2005, p.531).

5.3 Fatores que favorecem ou dificultam a prática interdisciplinar

Nesta categoria serão apresentadas algumas percepções quanto a situações que podem facilitar ou dificultar a prática interdisciplinar.

Ao tentar desenvolver um trabalho interdisciplinar, os profissionais de saúde deparam-se com um grande desafio: há uma lacuna em sua formação, não vivenciaram o trabalho em equipe interdisciplinar ao longo da sua trajetória acadêmica.

[...] fica uma coisa meio nucleada, dentro do núcleo da enfermagem os alunos da enfermagem vendo o que a enfermagem faz, os alunos da nutrição vendo o que a nutrição faz [...] (Entrevistado 07).

[...] às vezes o pessoal [...] ou não sabe direito qual é área de atuação mesmo ou como trabalhar, às vezes a gente também se bloqueia porque não sabe como trabalhar com aquela área [...] (Entrevistado 02).

Santos e Cutolo (2003) referem que a falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente a sua origem na graduação, pois profissionais se formam sem interagir com outros profissionais de saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.

Assim, geralmente há uma dificuldade de interação entre os profissionais, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existem em cada componente da equipe (SANTOS; CUTOLO, 2003).

As falas abaixo relacionam a importância da formação para concretização da proposta interdisciplinar.

Eu acho que na escola de enfermagem, faculdade de medicina, deveriam investir desde cedo nesses trabalhos, de salientar a interdisciplinaridade, a importância de fazer com que desde cedo eles já vivam este trabalho. Eu acho que a gente consegue alguma coisa melhor, porque com as pessoas já com uma formação pronta é muito mais difícil de tu mudares conceitos, mudar ações, então eu acho que isso é um investimento desde a faculdade (Entrevistado 07).

[...] é natural de algumas profissões terem mais resistência [...] porque não aprenderam isso na graduação, nem na pós-graduação [...] (Entrevistado 09).

O depoimento do entrevistado 07 sugere mudanças na formação dos profissionais de saúde, para que possamos ultrapassar alguns obstáculos gerados em razão deste déficit no ensino. Ao longo dos anos, o estudante formula os princípios do seu exercício profissional, por isso, se não há vivência interdisciplinar, esta proposta pode ser encarada pelos profissionais como inovadora, podendo ocorrer resistência, reação esperada dos indivíduos frente a novas situações.

Nesta perspectiva, Santos e Cutolo (2003) ao falarem sobre as dificuldades dos profissionais em trabalharem de forma interdisciplinar, afirmam que um fator que influencia diretamente esse tipo de situação é, sem dúvida, a formação acadêmica tradicional que esses profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseados em modelos flexnerianos e estáticos, com um currículo rígido e pouco conectado com as reais necessidades da população. Na década de 1940, no Brasil, um esforço cientificista da educação (ciência do ensino) se identifica com o movimento reformador americano representado pelo Relatório Flexner. Uma *flexnerização* da formação e do exercício profissional em saúde marca a presença da ciência no ensino das profissões de saúde e sua disciplinarização, inclusive pela departamentalização nas escolas, agrupando cadeiras e cátedras de ensino. Justifica a construção, reforma e ampliação de laboratórios, definindo a construção, reforma e ampliação dos hospitais universitários, principalmente hospitais próprios (hospitais-escola), registrando um movimento que vigora isolado até o final dos anos 60, com eixo na prática individual e na formação orientada pelo modelo curativista das doenças (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Schaedler (2003) lembra que a legislação do SUS exige novas práticas e que essas não se fazem sem novas práticas pedagógicas na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e na prestação de serviços. Com essa finalidade foram instituídas as novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde pelo Conselho Nacional de Educação em novembro de 2001 (SANTOS; CUTOLO, 2003). Estas orientações apontam para a mudança na educação de saúde em

direção às práticas cuidadoras, ao trabalho em conjunto dos profissionais da equipe de saúde e ao máximo de compromisso com o SUS (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Outros desafios mencionados pelos entrevistados referem-se a algumas atitudes que desfavorecem a interdisciplinaridade.

[...] os vícios [...] coisas que não contribuem para o trabalho interdisciplinar (Entrevistado 01).

Ao longo dos anos de exercício profissional, a maneira como os profissionais desenvolvem o seu trabalho adquire características pessoais e individualizadas. Sendo assim, algumas destas condutas podem ser nocivas ao trabalho interdisciplinar, pois na medida em que se trabalha com uma equipe há que se abrir mão de alguns costumes em prol do bom andamento deste trabalho.

[...] quando se faz a discussão todo mundo fala nesse sentido [...] mas na hora de trabalhar mesmo, a gente vê que os grupos [...] têm algum preconceito, isso são fatores que têm uma resistência ainda [...] (Entrevistado 02).

Este sujeito fala da dificuldade de colocar em prática o trabalho interdisciplinar, comentando que a maioria dos profissionais concorda que ele é uma forma interessante de trabalho, mas ainda há barreiras que os impedem de inserir esta prática no cotidiano. O preconceito, uma idéia pré-concebida (PRECONCEITO, 1999, p.1625) nos faz refletir que enquanto não tentarmos realmente nos integrar com as outras categorias profissionais, tendo como pressuposto o interesse para compreensão de suas ações, ficaremos limitados a formular opiniões sem fundamentos razoáveis.

[...] tendência a querer ser auto-suficiente [...] (Entrevistado 02).

Outro fator que atrapalharia a interdisciplinaridade é a ilusão que alguns profissionais alimentam de que suprirão sozinhos todas as demandas de saúde apresentadas pelos usuários. Atualmente acredita-se que é preciso o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Além das dificuldades apresentadas, também foram destacadas situações que podem tornar possível a prática interdisciplinar.

[...] é bem possível isso, se houver um pouco de tolerância [...] olhar como o outro também sabe trabalhar [...] aí sim se pode mudar as coisas, eu acho que nesse caso com boa vontade dá pra fazer [...] (Entrevistado 02).

Este sujeito considera que a partir do momento que confiamos no saber do outro, respeitando suas limitações, podemos alcançar o trabalho em equipe interdisciplinar. Segundo Saupe *et al* (2005), entender os potenciais e as limitações da minha disciplina e das outras disciplinas, sem julgamento hierárquico, reconhecendo a importância do papel de cada uma no processo de construção da prática interdisciplinar é fundamental nas relações de trabalho. Além disso, o entrevistado ainda ressalta a importância do querer fazer, pois não bastam profissionais que saibam teoricamente do que trata a interdisciplinaridade, mas que não se dispõem a realizá-la.

O grande lance da interdisciplinaridade é o inverso do orgulho, o inverso da soberba, o inverso do eu ser mais que tu, é perder a vergonha de dizer: olha, eu não sei isso, tu podes me ensinar? Ou eu sei isso, tu queres que eu te ensine?[...] (Entrevistado 09).

Estas palavras nos fazem pensar que a humildade é uma atitude importante para o desenvolvimento da interdisciplinaridade. Somente quando nos despimos da arrogância de acharmos que somos detentores do saber poderemos aprender com o outro, compartilhar, dividir um projeto comum.

Outros fatores devem ser levados em consideração, quando almejamos um trabalho interdisciplinar:

[...] eu gostaria que tivesse mais espaço pra poder fazer isso [discutir os casos de forma interdisciplinar] [...] realmente tá faltando mobilizar aqui e seria bom (Entrevistado 10).

[...] no geral a interdisciplinaridade aqui pra mim engatinha[...] se faz muito multiprofissionalidade, ao nutricionista, ao enfermeiro, ao pediatra [...]Assim, eu acho que teria que ser discutido o que é ser interdisciplinar[...]tem muita gente que não sabe o que é um trabalho interdisciplinar [...] (Entrevistado 06).

[...] acho que ainda está engatinhando [a interdisciplinaridade], acho que mais nós ficamos dentro de nossos consultórios, atendendo os nossos pacientes [...] eu acho que ainda falta bastante, falta alguém pra [...] fazer uma formação disto, entende? Assim uma argumentação, uma explicação desse assunto[...] (Entrevistado 05).

Uma das formas de qualificarmos nossas ações é estarmos constantemente repensando como as desenvolvemos. A partir disso, podemos avaliar se nosso fazer está adequado as necessidades das pessoas as quais atendemos, ao momento ao qual vivemos, ao sistema que

estamos inseridos, enfim, somente a partir da reflexão somos impulsionados a mudar. Nesta perspectiva, estes entrevistados, a partir da constatação de algumas dificuldades vivenciadas na unidade, consideram algumas ações que podem promover o trabalho interdisciplinar. Além disso, exaltam a importância da equipe instituir momentos onde estes possam pensar e debater sobre o trabalho que realizam e a interdisciplinaridade, para que, talvez, ao compreenderem o seu verdadeiro propósito e como ela pode ser praticada, sintam-se motivados.

Enfim, podemos observar que, pela diversidade de pensamentos encontrados em uma equipe, com trabalhadores de diferentes profissões, com experiências e expectativas variadas, com maneiras diversas de atuar, efetuar o trabalho interdisciplinar não é fácil. Por isso, é preciso que a equipe pense em conjunto nas ações que desenvolvem, nas atitudes pessoais e na interdisciplinaridade, para que realmente entendam o valor deste trabalho e a necessidade de sua realização. Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar. É na vivência, nos acertos e erros e na identificação das dificuldades que ela vai se construindo no cotidiano da equipe (SAUPE *et al.*, 2005).

5.4 Enfermagem e interdisciplinaridade

A intenção de explorar o tema interdisciplinaridade na enfermagem, neste momento, deve-se ao interesse na área em questão. Na análise das entrevistas surgiram dois aspectos que predisõem a enfermagem para o trabalho interdisciplinar: a formação acadêmica e o desenvolvimento de atividades gerenciais.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2007), que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos enfermeiros, o curso de graduação em enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional um enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; um profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; um enfermeiro capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes; um profissional capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Tais diretrizes ainda prevêm que estes profissionais devem estar aptos a tomar

iniciativas, fazer o gerenciamento e a administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. E também reconhecerem-se como coordenadores do trabalho em equipe de enfermagem e integrarem as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.

Essa atuação poderá ser realizada em diversos cenários tais como unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados e hospitais. Os enfermeiros, tendo uma formação generalista, têm condições de participar de atividades assistenciais, administrativas, de ensino e pesquisa.

Nesse sentido, alguns entrevistados apontam que a formação da enfermeira estaria mais voltada para o trabalho em equipe.

[...] a formação da enfermeira está muito mais aberta pra realmente entrosar as coisas [...] eu acho que a enfermagem já está mais madura nisso, tá mais avançada nesta questão de perceber que o paciente ganha muito mais se o trabalho está entrosado [...] (Entrevistado 10).

O entrevistado 10 destaca que a formação da enfermeira parece ser mais acessível à proposta de promoção de sintonia e integração entre os profissionais, possibilitando a interação necessária para o trabalho em equipe, preconizado nas diretrizes curriculares deste curso. Este exalta ainda a percepção apresentada por algumas enfermeiras, as quais consideram que o trabalho em equipe tem uma maior resolutividade, se comparado ao trabalho de uma profissão isolada. Corroborando com esta idéia, Abreu *et al* (2005), ao estudar a produção científica nacional do enfermeiro sobre o trabalho em equipe, nos revela que, durante a formação acadêmica, o enfermeiro aprende que o trabalho em saúde eficaz deve ser focado na equipe. Este autor ainda traz que a questão do trabalho interdisciplinar é considerada essencial por estes profissionais, para melhor aproveitamento do potencial das pessoas que fazem parte da equipe.

Na enfermagem, a proposta de trabalho em equipe surge na década de 50, nos Estados Unidos, através de experiências realizadas no Teacher's College da Universidade de Columbia, que preconizava a organização do serviço de enfermagem com base no trabalho em equipe. No Brasil, os resultados dessa proposta e das experiências em curso são divulgados em 1966, pela Associação Brasileira de Enfermagem, por meio da tradução e publicação do livro intitulado "Equipe de Enfermagem, Organização e Funcionamento" (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Eu acho que a enfermagem é a que mais faz isso, porque o médico e o dentista, que eu me lembro assim [...] tem diversas especialidades [...] (Entrevistado 05).

A referência às especialidades de outras profissões pode sugerir que a enfermagem, com sua formação generalista, possa ter maior facilidade em trabalhar de forma interdisciplinar, pois este tipo de formação permite uma capacidade aumentada de adaptação aos saberes especializados de outros profissionais de saúde.

Assim como nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro prevê como ação deste a “organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços” (BRASIL, ©2006), instituindo a coordenação da equipe de enfermagem como competência privativa do enfermeiro. Contudo, além da coordenação desta equipe, após a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), o enfermeiro passa a ter também sob sua responsabilidade o grupo dos agentes comunitários de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, [2007a]), no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje considerado parte da Estratégia de Saúde da Família, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Este enfoque de gestão de pessoas favorece a visão ampliada do funcionamento de grupo, a preocupação com o relacionamento interpessoal e com a organização do trabalho. Além disso, a enfermeira também desenvolve atividades que dizem respeito ao gerenciamento dos serviços, envolvendo o trabalho de outros profissionais de saúde. Tal peculiaridade contribui para que compreenda o papel dos outros profissionais. Assim, a enfermeira muitas vezes intermedia situações relacionadas aos usuários, aos profissionais, à unidade e a Instituição de Saúde.

[...] a enfermagem é cimento, o trabalho da enfermagem é justamente conectar outros profissionais [...] ser linhas de ligação [...] por ser inerente à profissão, sempre está trabalhando com interdisciplinaridade, mas o perfil dos profissionais ainda poderia melhorar, a boa vontade individual poderia fazer isso ser otimizado (Entrevistado 09).

Segundo Gomes e Oliveira (2005), o enfermeiro caracteriza-se como amalgamador das diversas práticas profissionais da instituição, ou seja, o cimento que realiza a justaposição adequada não só de cada profissional como também de suas ações.

[...] mas eu acho que ainda tem muito a trabalhar (Entrevistado 07).

Ainda que algumas declarações enfatizem a contribuição da enfermagem para o trabalho interdisciplinar, demonstrando que a sua formação generalista possibilita grande capacidade de adaptação aos lugares em que trabalha, os entrevistados 09 e 07 destacam que ainda necessita uma qualificação desta forma de trabalho, ressaltando que, além da formação acadêmica, a predisposição pessoal é um fator importante que impulsiona a realização da interdisciplinaridade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre as informações dos sujeitos e a leitura crítica e aprofundada da literatura que trata do tema interdisciplinaridade nos permitiu responder plenamente as questões que impulsionaram o desenvolvimento deste trabalho.

A complexidade dos problemas de saúde apresentados pelos usuários e a crescente especialização dos trabalhadores exigem o aumento do número das categorias profissionais nos serviços e um trabalho interativo destas, onde cada uma possa contribuir com seu saber específico, na resolução destes problemas, tornando-os responsabilidade e projeto de todos. Isto só é possível com o trabalho interdisciplinar.

Vê-se atualmente uma ampliação do número de equipes multidisciplinares, contudo, infelizmente percebemos que o trabalho interdisciplinar não acompanha este crescimento. Acreditamos que o primeiro passo para que esta mudança ocorra é que os profissionais entendam de fato a interdisciplinaridade e a partir disso organizem formas de desenvolvê-la em seus cotidianos. Nesse sentido, os sujeitos entrevistados entendem que interdisciplinaridade pressupõe uma equipe integrada, que respeita o espaço de cada profissional, sendo capaz de desenvolver suas ações em conjunto com o objetivo de responder as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Tais idéias demonstraram que muitos profissionais desta equipe compreendem a interdisciplinaridade conforme as propostas apresentadas pelos autores que fundamentam este estudo, porém a prática interdisciplinar é complexa e dependente de diversos fatores.

Partindo do pressuposto que nossa exigência aumenta quando entendemos melhor determinados processos e, portanto temos noção da potencialidade de um projeto, observamos que os sujeitos do estudo, em alguns momentos subestimam o seu trabalho interdisciplinar. Nesta equipe, algumas declarações afirmam que este trabalho ainda é pouco significativo, porém podemos observar que estes profissionais conseguem desenvolver a interdisciplinaridade em diversas ações, trabalhando de forma interativa, integrada e com resolutividade.

Contudo, podemos considerar que a interdisciplinaridade é um trabalho desafiador, pois seu desenvolvimento requer dos profissionais um esforço pessoal para ultrapassar as barreiras impostas tanto pela formação destes profissionais, baseadas em modelos flexnerianos, quanto por diversas atitudes das pessoas, que dificultam o trabalho em equipe interdisciplinar. A falta de vivência em equipe interdisciplinar durante a formação e atitudes

como vícios na forma de conduzir o trabalho individualmente, preconceitos e auto-suficiência foram relacionados pelos sujeitos como fatores que dificultam o trabalho interdisciplinar. Assim como a tolerância, a boa vontade, a humildade e o exercício de reflexão e discussão sobre suas práticas e a interdisciplinaridade foram ressaltados como fatores que podem tornar possível o trabalho em equipe interdisciplinar.

Apesar da enfermagem também ter tido influência do modelo flexneriano, sua formação generalista e a função de líder da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde lhe confere uma grande capacidade de adaptação aos trabalhos dos outros profissionais, desenvolvendo o trabalho interdisciplinar com mais facilidade, o que é percebido por alguns membros da equipe de saúde.

Assim, podemos salientar que a Unidade Básica de Saúde HCPA/ Santa Cecília tem avançado muito em relação à interdisciplinaridade, podendo afirmar-se que o trabalho interdisciplinar já é uma realidade para esta equipe. O fato de ser uma unidade que é campo de práticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul contribui para este progresso, pois o meio acadêmico certamente atualiza conhecimentos e influencia comportamentos.

Contudo, para que esta unidade siga avançando no desenvolvimento da interdisciplinaridade, sugere-se ainda uma maior discussão destes profissionais em relação a tal tema, incluindo os trabalhadores, os professores e os alunos, visto que, nesse caso, todos fazem parte da equipe. Assim, os acadêmicos têm oportunidade de integrar-se no grupo, aprenderem sobre as diversas profissões e exercitarem a interdisciplinaridade. Cabe ainda destacar que, atualmente, algumas propostas na formação dos profissionais de saúde já vêm contribuindo para que haja uma maior discussão da interdisciplinaridade, como algumas Atividades de Extensão Universitária, que oportunizam aos alunos o trabalho em equipe e as Residências Integradas em Saúde.

Enfim, acreditamos que esta pesquisa contribuiu com os sujeitos do estudo, pois propiciou um momento de reflexão sobre seus fazeres e sobre a interdisciplinaridade. Sugerimos a continuidade deste trabalho, ampliando a oportunidade para a toda equipe sob forma de seminários que estimulem momentos reflexivos e a possibilidade de outros enfoques para pesquisas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L.O *et al.* O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.2, p. 203-207, mar/abr 2005.
- AIUB, M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.1, p.107-116, jan/mar 2006.
- ALMEIDA, G.E.S. **Pra que Somar se a Gente pode Dividir?** 2000. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, na área de concentração Saúde, Trabalho e Ambiente) – Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 5-20, 1997.
- ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 455-464, mar/abr 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições, 2004. 223p.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 7498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e da outras providências. Rio Janeiro: COFEN, ©2006. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em: 25 maio 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF, [2007a]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 21 maio 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de Saúde. **Programas e projetos**. Brasília, DF, [2007b]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360>. Acesso em: 20 maio 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hiperdia**. Brasília, DF, [2007c]. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 21 maio 2007.
- CAMARGO JÚNIOR, K.R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2003.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Práxis**

em Salud: um desafio para lo público. Textos en español e português. São Paulo: Hucitec, 1997.p.229-266.

CARVALHO, Y.M; CECCIM, R. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In:* CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871p.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In:* ROSENI, P; RUBEM, A.M (Org.). **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.320p. p. 259-278.

CECCIM, R.B; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In:* PINHEIRO, R; CECCIM, R.B; MATTOS, R.A (Org.). **Ensinar Saúde: Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ :CEPESQ, ABRASCO, 2005. 333p.

DALL'AGNOL, C.M; MARTINI, A.C. Reuniões de trabalho: mais do que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.12, n.1, p. 89-96, jan/mar 2003.

FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade:** história, teoria e pesquisa. 2.ed. São Paulo: Papyrus, 1995.

FRANCO, T; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família:** contradições e novos desafios. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cns> >. Acesso em: 21 nov 2006.

FRIEDRICH, D.B.C; SENA, R.R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora – MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, p.772-779, nov/dez 2002.

GOMES, D.C.R (Org.). **Interdisciplinaridade em Saúde:** um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997.

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

GOMES, A.M.T; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1011-1018, nov/dez 2005.

GOMES, E.S; ANSELMO, M.E.O; LUNARDI FILHO, W.D. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 3, p. 472-480, jul/set 2000.

INTEGRAÇÃO. *In:* FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI:** o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p.p.1121

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.220p.

MACHADO, M.H *et al.* **O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ENSP, 1992.

MALTA, D *et al.* Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. *In: CAMPOS, C.E et al (Org.). Sistema Único em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-159.

MARCONDES, D. **Iniciação à História da Filosofia: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p.42-63, 1994.

_____. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.24, n.2, p.70-77, abr/jun 1991.

MINAYO, M.C.S *et al* (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

PEDROSA, J.I.S; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do programa de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. *In: KURCGANT, P (Org.). Gerenciamento em Enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 198p. p. 108-124.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Programa Prá-Nenê.** Porto Alegre, 2004. Disponível em:
< <http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p-secao=407> >. Acesso em: 15 maio 2007.

PRECONCEITO. *In: FERREIRA, A.B.H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p. p.1625.

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.96-101, dez 2000.

SANTOS, L.M.S *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, p. 346-352, abr 2006.

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**, Florianópolis, v.32, n.4, p. 66-74, 2003.

SCHAEDLER, L.I. **Pedagogia Cartográfica**: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos. 2003. 133f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SAUPE, R *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Florianópolis, v.9, n.18, p.521-536, set/dez 2005.

SILVA, I.Z.Q.J; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface**, Botucatu, v.9, n.16, p.25-38, set/fev 2005.

SILVA JUNIOR, A.G; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: ROSENI, P; RUBEM, A.M (Org.). **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.320p. p.241-257.

SOUZA, J.G. Autonomia e cidadania na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.9, n.3, p.86-99, ago/dez 2000.

SOUZA, C.R; LOPES, S.C.F; BARBOSA, M.A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, Goiás, v.6. n. especial, dez 2004. Disponível em: < http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/g_contexto.html >. Acesso em: 05 mar 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990. 175p.

VILELA, E.M; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v.11,n.4, p. 525-531, jul/ago 2003.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta das informações

Considerando que você faz parte da equipe da Unidade Básica de Saúde HCPA / Santa Cecília eu gostaria de saber:

1. O que você entende por interdisciplinaridade?
2. Quais atividades desenvolvidas na unidade você definiria como interdisciplinares?
3. Você acredita que os profissionais de saúde da UBS contribuem de alguma forma para o desenvolvimento deste tipo de trabalho na unidade?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**Pesquisa – Percepções da Equipe de uma Unidade Básica de Saúde em relação à Interdisciplinaridade**

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa de autoria da acadêmica de enfermagem Kelen Barbosa, orientada pela Prof. Ninon Girardon da Rosa.

Tal estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais de uma unidade básica de saúde em relação à interdisciplinaridade.

Sua participação neste estudo é voluntária, portanto existe a possibilidade de desistência a qualquer momento.

A coleta de dados será realizada através de entrevista, com duração de aproximadamente 30 minutos. As informações gravadas serão utilizadas somente para fins acadêmicos e as mesmas serão desgravadas após a transcrição das fitas. Sua identidade será preservada através do anonimato na divulgação das informações.

Em qualquer etapa do estudo você poderá solicitar esclarecimentos à pesquisadora Kelen Barbosa, através do telefone (51) 99424504 ou à Prof. Ninon Girardon da Rosa pelo telefone (51) 2101-8573.

Gratas pela sua contribuição!

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Porto Alegre, _____ de _____ de 2007

ANEXO - Carta de aprovação do projeto pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre