

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO EDUCASAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE UMA UTI PEDIÁTRICA SOBRE
INTERDISCIPLINARIDADE NA PERSPECTIVA DE IMPLANTAÇÃO DE UM
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

JANE IÂNDORA HERINGER PADILHA

ORIENTADORA: ANANYR PORTO FAJARDO

Porto Alegre

2013

JANE IÂNDORA HERINGER PADILHA

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE UMA UTI PEDIÁTRICA SOBRE
INTERDISCIPLINARIDADE NA PERSPECTIVA DE IMPLANTAÇÃO DE UM
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista pelo curso de Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Saúde Pública e Grupo Hospitalar Conceição.

ORIENTADORA: ANANYR PORTO FAJARDO

Porto Alegre

2013

*Falta sempre um outro dedo,
repete. Esse dedo está para além de toda
a mão. E mais, me aconselha: eu que não
procurasse demasiado. Aprendesse a
deixar os mistérios no seu devido estado.
O homem sábio é o que sabe que há mais
coisas que nunca vai saber. Coisas
maiores que o pensamento.*

Mia Couto (2003)

*É fácil sermos tolerantes com os que são
diferentes. É pouco mais difícil sermos
solidários com os outros. Difícil é sermos
outros, difícil mesmo é sermos os outros.*

Mia Couto (2012)

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais da UTI Pediátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas que se prontificaram a participar e a colaborar, disponibilizando seu tempo para a coleta dos dados da pesquisa, e às chefias, ajudando na organização da viabilidade do processo, possibilitando a construção deste trabalho de conclusão de curso.

À orientadora deste trabalho, Ananyr Porto Fajardo, que sempre se mostrou disponível para acompanhar o processo de produção desde o projeto de pesquisa até a elaboração do trabalho de conclusão de forma paciente, respeitadora, construtiva, colaborando com idéias e reflexões essenciais para a efetivação deste percurso.

À Professora Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, pela leitura atenta e contribuições feitas ao trabalho.

Aos professores do curso de Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde por proporcionarem um espaço de aprendizagem, reflexão e crítica.

À direção do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, que entendeu a importância desta formação e possibilitou a participação no curso.

A minha família, minha filha Isabella e meu marido Antonio, pela paciência com a exigência de tempo necessária para a realização do curso e para a produção deste trabalho.

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada para compor o trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços da Saúde, promovido em parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o Grupo Hospitalar Conceição e a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. O objetivo da investigação desenvolvida foi analisar as concepções que os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre/RS, têm sobre interdisciplinaridade. A intenção foi levantar questões para possibilitar a preparação dos profissionais desta instituição para a implantação do projeto de Residência Multiprofissional em Saúde. Para o levantamento dos dados foi aplicado um questionário sobre interdisciplinaridade e as respostas às questões foram analisadas conforme o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1979). A partir desta análise foram levantadas cinco categorias: 1) Ações de envolvimento coletivo; 2) Postura profissional; 3) Motivações individuais; 4) Dispositivos institucionais; 5) Perfil da unidade e dos usuários. Para analisar como acontece a interdisciplinaridade é necessário considerar o contexto (unidade/instituição) no qual ela ocorre, os sujeitos envolvidos (profissionais e usuários) e as relações intersubjetivas (equipes). Estes fatores possibilitam ou dificultam a efetivação de práticas interdisciplinares. A Residência Multiprofissional em Saúde pode colaborar impulsionando a reflexão sobre as práticas de trabalho e fortalecendo as ações interdisciplinares.

PALAVRAS-CHAVES: Interdisciplinaridade; UTI Pediátrica; Residência Multiprofissional em Saúde

ABSTRACT

This research was conducted to compose the final paper of the Specialization Course in Pedagogical Practices for Education in Health Services (UFRGS, GHC and ESP). The objective of this work was to analyze the conceptions that professionals in the Pediatric Intensive Care Unit of Presidente Vargas Children Hospital, Porto Alegre/RS, have about interdisciplinarity. The intention was to raise questions to enable the training of professionals who work in the institution for the implementation of the Integrated Multidisciplinary Residency in Health Program. For the data collection, a questionnaire on interdisciplinarity was applied and the answers to the questions were analyzed according to the method of Content Analysis (BARDIN, 1979). From this analysis, five categories were raised: 1) Actions of collective involvement; 2) Professional attitude; 3) Individual motivations; 4) Institutional arrangements; 5) Institution and users' profile. To analyze as interdisciplinarity takes place it is necessary to consider the context (unit/institution) in which it occurs, the subjects involved (professionals and users) and the intersubjective relations (teams). These factors may enable or hinder the implementation of interdisciplinary practices. The Integrated Multidisciplinary Residency in Health may collaborate in boosting the reflection on work practices and strengthening interdisciplinary actions.

Keywords: Interdisciplinarity; Pediatric ICU: Integrated Multidisciplinary Health Residency Program

LISTA DE ABREVIATURAS

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

ESP - Escola de Saúde Pública

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HMIPV - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTI-P - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. PERCURSO TEÓRICO	12
3. METODOLOGIA	17
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	17
3.2 COLETA DOS DADOS	18
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	19
4. RESULTADOS	19
4.1. PRECEPTORIA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA E CONHECIMENTO	20
4.2 CONCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE	20
4.2.1 AÇÕES DE ENVOLVIMENTO COLETIVO	21
4.2.2 POSTURA PROFISSIONAL	24
4.2.3 MOTIVAÇÕES INDIVIDUAIS	27
4.2.4 ASPECTOS INSTITUCIONAIS	28
4.2.5 PERFIL DA UNIDADE E DO USUÁRIO	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6. REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	38
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui relatada foi desenvolvida para produção do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços da Saúde, desenvolvido pelo Núcleo EducaSaúde da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo Grupo Hospitalar Conceição e pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. O curso busca qualificar profissionais para o trabalho de preceptoria em residências multiprofissionais em saúde.

Esta investigação teve por meta levantar questões sobre interdisciplinaridade a fim de subsidiar a preparação dos profissionais do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) para a implantação do projeto de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) na perspectiva da construção permanente das práticas interdisciplinares nas equipes de trabalho. Para isto foi eleita uma das unidades pediátricas, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)¹ Pediátrica (UTI-P)², como campo para esta pesquisa, na qual profissionais de diversas categorias foram questionados acerca do tema em foco. A escolha por uma unidade pediátrica se deve ao fato de que a primeira ênfase a ser implantada será em Saúde da Criança.

A motivação para a realização deste trabalho se originou a partir de duas situações: uma pelo fato de fazer parte do grupo que elaborou o projeto da RMS no HMIPV, espaço no qual percebi a complexidade necessária para a formação em serviço; e outra por compor a equipe das unidades pediátricas, atendendo às demandas relacionadas à psicologia nestes setores, e entendendo que trabalhar no viés da interdisciplinaridade amplia as ações em saúde e estabelece uma linha de trabalho da equipe mais coerente e responsável para com o paciente.

O HMIPV é um hospital público vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre desde o ano 2000. Compõe a rede municipal de saúde e possui

¹ Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL, 2010).

² Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição (BRASIL, 2010).

serviços de referência municipais e estaduais, atendendo pacientes de Porto Alegre e do interior do estado do Rio Grande do Sul, sendo interligado à rede básica de saúde. A instituição atende somente pacientes oriundos do SUS e tem por missão a atenção em saúde materna e infantil. Disponibiliza em sua estrutura de ambulatório de especialidades e de serviços de referência municipais e estaduais: emergências pediátrica e obstétrica; internações pediátrica, ginecológica, obstétrica, alojamento conjunto e internação psiquiátrica feminina; UTIs Neonatal e Pediátrica. É um hospital de ensino, oferecendo Programas de Residência Médica nas áreas de pediatria, ginecologia/obstetrícia e psiquiatria, além de estágios e práticas curriculares de diversas áreas profissionais de nível superior vinculadas à assistência, como enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Há outros estágios, ainda, nas áreas administrativas.

Em 2010, um grupo de profissionais de várias áreas de atenção à saúde do HMIPV propôs a discussão acerca da possibilidade de construção e implantação de um projeto de residência multiprofissional em saúde (RMS). Foi constituído um grupo de trabalho composto por assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos (sendo a pesquisadora uma representante desta categoria) e terapeutas ocupacionais com a finalidade de pensar e construir esta proposta. Este grupo de trabalho foi se modificando, tendo havido substituição de pessoas e saída dos odontólogos do projeto inicial. O projeto está concluído e aguarda apreciação da direção do HMIPV.

A proposta construída por este grupo inclui duas ênfases: Saúde da Criança e Saúde da Mulher. Avaliadas as prioridades e possibilidades do hospital, foi feita a opção por iniciar a implantação da RMS pela ênfase em Saúde da Criança. O projeto proporciona que o residente tenha experiência nos setores de ambulatório e internação do hospital, além de outros locais da rede de saúde municipal, e tem por eixo transversal, além dos eixos comuns às RMS (interdisciplinaridade, integração assistência/ensino/gestão/controle social e diversidade de cenários de práticas), o cuidado com situações de violência e outras vulnerabilidades. As unidades pediátricas são setores elencados no itinerário da formação teórico-prática do residente da RMS.

As unidades pediátricas atendem a um grande número de pacientes com doenças respiratórias, especialmente durante o inverno; devido a isso, ocorre o aumento de leitos e a contratação de profissionais neste período do ano, sendo esta ação denominada de Operação Inverno.

A Internação Pediátrica conta com 38 leitos na época de inverno e doze leitos nas demais estações do ano. A Sala de Observação Pediátrica, por sua vez, disponibiliza 20 leitos no inverno e dez em funcionamento fora deste período.

A UTI Pediátrica, da mesma forma que as demais unidades pediátricas, aumenta o número de leitos disponíveis, de seis para dez leitos durante a Operação Inverno. A estrutura física é composta por uma grande enfermaria com quatro leitos em cada um de seus dois lados e um espaço interno para prescrição médica e de outros profissionais e para organização das intervenções da enfermagem; há, ainda, quatro enfermarias de isolamento. Outros espaços são: sala da coordenação da enfermagem e médica, copa e banheiros. Atualmente a equipe é composta por cinco enfermeiras, doze técnicos de enfermagem e 13 médicos (um rotineiro e doze plantonistas). Ainda atendem à unidade outros profissionais como: fisioterapeutas (onze para todas as unidades do hospital), uma assistente social, uma fonoaudióloga, uma psicóloga, uma nutricionista e outros médicos especialistas que atendem por consultoria. Na Operação Inverno, há contratação temporária de profissionais durante quatro meses a fim de atender o aumento de demanda da assistência. Nesse período, a equipe passa a contar com dez enfermeiras e 37 técnicos de enfermagem.

A UTI Pediátrica foi a unidade escolhida para esta investigação porque disponibilizou mais rapidamente as informações solicitadas. Foi escolhida apenas uma unidade para o desenvolvimento desta pesquisa porque sua realização junto às três unidades pediátricas não seria viável dentro do cronograma previsto para coleta e análise dos dados.

A RMS nas unidades infantis constitui uma possibilidade enriquecedora para o fortalecimento do olhar e da escuta ampliados entre as profissões. Neste sentido, esta pesquisa pode abrir espaço para a reflexão sobre o tema da interdisciplinaridade, colocando-se como uma forma de preparo para a implantação desta modalidade de ensino em serviço neste hospital.

Para Ceccim (1997), um desafio da integralidade colocado em uma internação hospitalar em pediatria é o da escuta da vivência da experiência de passar da saúde para o adoecimento e, em seguida, para a busca da cura que não engloba apenas diagnóstico e prescrição. Este desafio envolve, em uma unidade pediátrica, o entendimento da situação de vida de cada paciente/família, das suas condições subjetivas e de relação, de seu contexto socioeconômico e cultural, de suas expectativas e necessidades no processo de cura e de cuidado, entre outros fatores. No viés da integralidade, é importante levar em consideração os padrões de convivência destas famílias, as possibilidades de continuidade de cuidado e de retorno ao seu cotidiano e a sua rede de atenção e de relação.

Em uma UTI Pediátrica de um hospital público todas as demandas se fazem presentes no cotidiano de trabalho da equipe. Esta equipe precisa dar conta da urgência clínica, inerente à atenção em saúde de uma Unidade de Tratamento Intensivo, mas é tomada pelas questões subjetivas, relacionais e sociais dos contextos familiares de vulnerabilidades. Ainda é atribuição da equipe de uma unidade pediátrica ser continente destas famílias quanto ao sofrimento advindo do adoecimento, do medo da perda, da “aceitação” de sequelas clínicas decorrentes de algumas patologias, além de situações de óbito. Este sofrimento se faz intenso por interromper a vida de uma criança ou distorcer a trajetória esperada para esta, levando à desorganização familiar.

Pensar neste contexto sem o aporte de uma equipe multiprofissional se mostra muito limitador sob o ponto de vista da dimensão do cuidado necessário em saúde no âmbito hospitalar de alta densidade tecnológica, como em uma UTI. Acrescenta-se a esta questão a sobrecarga emocional das equipes que atendem nestas unidades pediátricas, para quem o trabalho interdisciplinar pode constituir um espaço de troca de saberes e de experiências cotidianas para acolherem o sofrimento e as diferentes formas de desorganização emocional e familiar percebidos neste espaço.

A partir deste posicionamento, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as concepções dos profissionais da equipe da UTI Pediátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) sobre interdisciplinaridade, visando à preparação para a implantação da RMS. Estes poderão vir a ser preceptores, portanto outro objetivo foi propiciar o questionamento e a reflexão quanto ao trabalho

interdisciplinar, aspecto central da atuação e da formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde.

2. PERCURSO TEÓRICO

A Constituição Federal de 1988 definiu como competência do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) o ordenamento e a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). A lei 8080/90, que estrutura o SUS, versa sobre a formação de recursos humanos na perspectiva das diretrizes deste sistema (BRASIL, 1990). O SUS tem assumido, cada vez mais, papel ativo na reorientação de estratégias para a preparação para o trabalho em saúde pública, buscando inovar o pensar sobre a formação dos estudantes, incentivando as possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais, trabalhadores em saúde pública. Uma das diretrizes desta mudança na formação, como enfatizam Ceccim e Feuerwerker (2004), é o atendimento integral, ou seja, a integralidade da atenção como um princípio constitucional e norteador da formulação de políticas de saúde. A Lei 8080/90, baseada na Constituição Federal de 1998, postula em seu artigo 7º, inciso II, como um dos Princípios e Diretrizes do SUS: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

As residências multiprofissionais em saúde são possibilidades de construção de práticas comprometidas com essa nova concepção de saúde, incentivando uma proposta de atuação em equipe interdisciplinar com intervenção no plano técnico, administrativo e político (OLIVEIRA e GUARESCHI, 2010). O ensino em serviço agrega desenvolvimento individual e institucional e implica os trabalhadores com a produção de novas formas de agir em saúde e novos arranjos institucionais (CECCIM, KREUTZ e MAYER Jr., 2011). Estas novas formas de atuação na área da saúde se fazem necessárias frente à complexidade que compreende a concepção de saúde ordenada pelo SUS (Lei 8080/90), a qual preconiza que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da

população expressam a organização social e econômica do País.” Esta Lei complementa que as ações de saúde “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

Ceccim, Kreutz e Mayer Jr. (2011) informam que as residências médicas existem desde 1946, tendo sido regulamentadas em 1977. Já as residências em área profissional da saúde existem desde 1975 e foram regulamentadas em 2005 com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

As Residências Multiprofissionais em Saúde são uma estratégia privilegiada de educação permanente em saúde, pois possibilitam um processo educacional capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto das profissões da saúde, valorizando a multiprofissionalidade. Ceccim e Armani (2002, p. 151) enfatizam que “a educação em serviço é uma das formas de desenvolver o aperfeiçoamento profissional, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional”.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59) usam a imagem do quadrilátero da formação para representação do trabalho na área da saúde, envolvendo um fazer que compreende ensino/gestão setorial/práticas de atenção/control social, propondo:

“construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejos de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente).”

Segundo Oliveira e Guareschi (2010), a educação em serviço coloca os trabalhadores em contínua análise de suas práticas, proporcionando ações questionadoras, desmanchando práticas hegemônicas e flexibilizando procedimentos instituídos e verdades.

A interdisciplinaridade é uma diretriz dos programas de RMS que confere caráter inovador pela inclusão de diversas categorias profissionais da saúde em uma formação em serviço. Esta formação visa a uma ação coletiva e integradora, mas que, ao mesmo tempo, reconhece os núcleos específicos de saberes de cada profissão. A atenção integral é uma ampliação da dimensão do cuidado e dos referenciais de cada profissional de saúde que passa a trabalhar não só a partir de seu conhecimento e compreensão, visto que a ação individual limita as alternativas para dar conta das amplas necessidades de atenção em saúde dos indivíduos (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). A interdisciplinaridade, por ser uma nova maneira de ver o cuidado, considerando os diversos fatores envolvidos nos agravos à saúde, está vinculada à concepção de integralidade. Na perspectiva da integralidade busca-se a produção da saúde e não só o tratamento para uma situação específica, o que aumenta a amplitude de cada ação.

No entanto, como nos lembram Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 966), “o hospital não é qualquer equipamento de saúde”, pois tem uma complexidade maior que outros equipamentos da rede de saúde e está em processo de redefinição de seu lugar, buscando, entre outros aspectos, qualificação e construção da integralidade da atenção. Ao hospital cabe o cuidado das situações clínicas mais graves com cuidados intensivos e situações complexas. Os autores lembram que há excessiva especialização e predomínio de tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde no hospital em detrimento da relação e da subjetividade dos profissionais com os usuários destes serviços. As tecnologias duras são constituídas por equipamentos, medicamentos, saberes da clínica e da epistemologia, enquanto que as leves compreendem a escuta, o vínculo e a responsabilização, sendo os meios pelos quais o cuidado é produzido.

No hospital, o cuidado com o paciente ocorre a partir de uma soma de cuidados parciais que se complementam, pois envolve a ação de vários cuidadores, além de toda diversidade de rotinas e procedimentos. Conforme Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 967):

“Um importante desafio do processo gerencial do hospital atualmente é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado, eficaz e de qualidade.”

Na atenção hospitalar, a integralidade se refere ao atendimento neste ambiente e à articulação deste com os demais equipamentos de saúde, responsabilizando-se com o seguimento do cuidado do paciente nos demais serviços da rede, no momento da alta. A integralidade, para estes autores, é entendida como um eixo articulador na organização das práticas de saúde também no hospital, sendo um conceito ampliado de saúde. Envolve: “responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos, a busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias na produção da saúde (...).” (FEUERWERKER e CECÍLIO, 2007, p. 969).

Saupe et al (2005, p. 522) definem interdisciplinaridade como “a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições”. Para tanto, é necessário manter uma relação articulada entre as diferentes profissões de saúde, envolvendo atitudes e capacidades de se relacionar com o outro, sendo este o paciente, a família, o colega ou a comunidade, e possuir habilidade de reconhecer os problemas e pensar em soluções interdisciplinares. Indicam outras condições que favorecem a ação interdisciplinar, tais como postura ética, valorização de outros saberes, reconhecimento de limitações; capacidade para comunicação, cooperação e articulação; competência para lidar com situações novas.

Nesta linha de pensamento, Vilela e Mendes (2003, p. 3), utilizando as concepções de Fazenda (1996) e de Santomé (1998), ressaltam a interdisciplinaridade como uma questão de atitude, envolvendo reciprocidade, mutualidade e uma concepção unitária do ser humano. Afirmam que algumas formas de agir são importantes, tais como: “flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na adversidade, aceitar novos papéis”.

Thiesen (2008) ressalta que, no Brasil, o conceito de interdisciplinaridade começou a ser estudado a partir da obra de Georges Gusdorf e, posteriormente, de Jean Piaget. Gusdorf teria influenciado o pensamento de Japiassu, enquanto Piaget o fez com Fazenda. Reforça, ainda, que o conceito de interdisciplinaridade estaria em formação, não havendo uma definição única. O que se poderia afirmar é seu caráter de oposição a uma abordagem fragmentadora do conhecimento.

Fazenda e Japiassu são, então, os teóricos precursores na reflexão e discussão sobre interdisciplinaridade no Brasil. Japiassu (1976) concebe a interdisciplinaridade como a integração entre as disciplinas do conhecimento e a troca destes saberes entre os especialistas. A atividade interdisciplinar, para este autor, compreende a construção de pontes entre as disciplinas para que haja ligação entre as mesmas; preserva cada especialidade, mas acredita que elas precisam de espaços comuns, a fim de aproximar e integrar conhecimentos.

Fazenda, conforme Trentin (2010), entende que para trabalhar em interdisciplinaridade é preciso se perceber em uma atitude interdisciplinar, sendo uma responsabilidade individual para com as pessoas envolvidas e com a instituição. A interdisciplinaridade é uma experiência de vivência e não apenas um construto teórico. Esta atitude engloba uma visão do sujeito em sua totalidade e, desta forma, percorre as diversas áreas do conhecimento. Envolve uma capacidade de construir em conjunto e de forma criativa, conforme as necessidades de cada situação.

Para Ceccim (2004), um profissional de saúde define-se por sua condição de cuidar e por seus atos terapêuticos e clínicos. A terapêutica pode ser exercida por muitas categorias profissionais e em diversos campos de ação além da saúde, como na educação, na assistência social, na cultura, etc. Um projeto terapêutico na perspectiva da integralidade é mais complexo do que o recorte de uma profissão isoladamente. Não se pode esquecer, entretanto, que cada profissão da saúde possui um campo específico de saber, fator importante para a atuação clínica e para a formação. Estes saberes não são desvalorizados na interdisciplinaridade, a equipe não fica desprovida de seus saberes e práticas disciplinares individuais. Preservam-se as identidades profissionais, mas se valida que a realidade desse recorte é limitada para dar conta de todas as conexões. O autor propõe outro termo, entre-disciplinaridade, que seria o trabalho multiprofissional interdisciplinar, como um lugar de sensibilidade e equilíbrio, e que este equilíbrio seria justamente a possibilidade de transformação permanente. Entende que cada profissão tem uma história e uma responsabilidade para com a melhoria da saúde e de formas de intervenção. Ressalta, porém, que essa condição não estabelece soberania terapêutica; ao contrário, deveria impelir para o trabalho sensível em equipe, para a pluralidade e o entrelaçamento de saberes.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa teve caráter qualitativo, tendo sido utilizado um questionário elaborado pela pesquisadora contendo perguntas abertas sobre interdisciplinaridade (APÊNDICE A). Segundo Minayo (1993), os questionários podem ser vistos como uma forma de sondagem de opinião, na qual os entrevistados respondem a perguntas formuladas pelo pesquisador. As entrevistas, mesmo em forma de questionário, trazem informações acerca das reflexões dos sujeitos pesquisados sobre a realidade que vivenciam como ideias, opiniões, sentimentos, etc.

Para análise dos resultados foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1979). Esta autora define a Análise de Conteúdo como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979, p. 44).

A Análise de Conteúdo, segundo a mesma autora (1979), traz informações suplementares ao leitor de uma mensagem, permite um distanciamento, possibilitando saber mais acerca do conteúdo disponível. É uma técnica de análise de dados que utiliza procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, identificando indicadores que comporão unidades temáticas a partir das respostas dos entrevistados. As unidades temáticas ou categorias compõem um agrupamento por semelhança de significados, por analogia. Minayo (2010) complementa que esta análise pressupõe descobrir núcleos de sentido cuja presença e frequência tenham significado em relação ao objeto analisado. A análise de conteúdo parte de falas e depoimentos, em um primeiro momento, para um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos presentes no material coletado.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, conforme parecer nº 173.099 de 12/12/2012.

3.2 COLETA DOS DADOS

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. As participantes da pesquisa corresponderam a uma amostra de profissionais de nível superior atuantes nesta UTI Pediátrica que já fossem preceptores de residências ou que pudessem vir a exercer esta função futuramente, mantendo a proporção entre cada categoria profissional. Os trabalhadores que seriam os únicos representantes de sua categoria profissional foram convidados individualmente.

A pesquisadora combinou data e horário para entrega do instrumento a cada componente da amostra, preferencialmente no respectivo turno de trabalho, para que respondessem às questões e devolvessem o formulário o mais brevemente possível. A coleta de dados também foi acordada previamente com as chefias médicas e de enfermagem da unidade. A chefia da equipe da fisioterapia também colaborou para a identificação dos profissionais que seriam convidados a participar da pesquisa. Estes três grupos são os que possuem o maior número de profissionais atuantes na referida unidade.

Responderam ao questionário onze profissionais no período de vinte dias de coleta de dados. Todos os convidados a responderem ao questionário aceitaram prontamente a tarefa, com exceção de um que encontrava-se afastado do trabalho na época da coleta de dados. A amostra contou com representantes dos seguintes núcleos: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição e serviço social. A representatividade de cada categoria foi pensada de acordo com a proporcionalidade de profissionais presentes e atuantes na unidade em questão. Na equipe da UTI também há atendimento da psicologia, sendo a pesquisadora a profissional que atende este setor, inviabilizando sua participação. Todas as participantes eram mulheres. A equipe de fisioterapeutas atende a todas as unidades hospitalares, mas há profissionais de referência para as UTIs pediátrica e neonatal, sendo estes os que participaram desta pesquisa. A escolha de representantes da enfermagem e da medicina, por constituírem os maiores grupos de profissionais na unidade, foi feita através de sorteio. O sorteio das enfermeiras foi feito com a presença da enfermeira-chefe da unidade e o das médicas com a da médica-chefe. Foram escritos nomes ou número correspondente a cada pessoa em papéis dobrados e após foi efetuado o sorteio. As enfermeiras sorteadas trabalham

no turno da noite, enquanto que as médicas sorteadas têm rotinas de trabalho diferenciadas entre turnos diurnos e noturnos.

Cada questionário, depois de respondido, foi colocado em um envelope pardo, sem identificação nominal, e devolvido à pesquisadora, que procedeu à numeração dos questionários conforme a ordem de devolução feita pelos respondentes.

A indicação das participantes neste relatório seguiu um código que preserva sua identificação. Os questionários foram numerados conforme a entrega e, no relatório final, foram identificados pela letra P seguida de letras em ordem alfabética inversa à ordem de devolução. Esta codificação das participantes é de conhecimento exclusivo da pesquisadora.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

O material registrado nos questionários foi transcrito na íntegra e organizado em uma única tabela organizada por questões e por respostas das participantes da pesquisa. Foi feita uma pré-análise das respostas dadas para identificação progressiva de unidades de sentido. A seguir, foram elaboradas as categorias para a análise e, finalmente, estas foram interpretadas com base na literatura e no conhecimento do contexto estudado.

4. RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo foi organizada contemplando, inicialmente, as respostas às questões fechadas que levantaram dados objetivos sobre a experiência em preceptoria de residência e o quanto estas pessoas conheciam sobre residência multidisciplinar. A seguir são descritos os achados das questões abertas relacionadas às concepções sobre o trabalho interdisciplinar em saúde, correspondendo a cinco categorias emergentes.

4.1. PRECEPTORIA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA E CONHECIMENTO

Sete profissionais declararam que nunca foram preceptores de residências, enquanto quatro já possuíam experiência nesta função. Não foi pedido às participantes que especificassem em que tipo de residência haviam sido preceptores: médica, uniprofissional ou multiprofissional. O HMIPV possui residência médica há muito tempo nas áreas de pediatria, ginecologia e psiquiatria. Além disso, em geral, os médicos atendem também em outros hospitais, onde podem exercer esta função. As profissionais de outras áreas podem ter tido alguma experiência de preceptoria no hospital por convênio com outras residências como a ESP – Escola de Saúde Pública - ou atuado como preceptores em outros locais, visto que ainda não está implantada a residência multiprofissional do hospital no HMIPV.

O tempo de experiência em preceptoria variou: dois anos; dois anos e oito meses; nove anos; e dez anos. Este grupo que já foi preceptor tem uma experiência que não foi passageira, mas de um bom tempo de envolvimento.

A questão sobre quanto o grupo pesquisado conhece sobre Residência Multiprofissional em Saúde revelou o seguinte: três pessoas responderam que conhecem esta proposta de ensino em serviço, duas responderam que não e seis responderam que conhecem um pouco. Desta forma, pode-se perceber que pelo menos oito das onze participantes desta pesquisa possuem pouco ou nenhum conhecimento acerca de residência multiprofissional, o que pode levar a pensar que seria relevante a disponibilização de informação e educação sobre esta modalidade de ensino em serviço antes da implantação da RMS no HMIPV.

4.2 CONCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

O trabalho em unidades hospitalares envolve equipes com diversas categorias profissionais. No hospital há circulação de muitos trabalhadores que atuam com a finalidade de manter toda a estrutura funcionando e de atender às necessidades de casos de maior complexidade do que os atendidos no âmbito da atenção básica e ambulatorial. As questões propostas nesta investigação buscaram

levantar que aspectos os diferentes profissionais da UTI pediátrica do HMIPV reconhecem como componentes da interdisciplinaridade e que fatores acreditam que possibilitem ou entrem este processo, definindo o que é necessário para que a interdisciplinaridade aconteça.

As respostas foram analisadas, tendo sido levantadas unidades de sentido agrupadas em cinco categorias: 1) Ações de envolvimento coletivo; 2) Postura profissional; 3) Motivações individuais; 4) Dispositivos institucionais; 5) Perfil da unidade e dos usuários.

4.2.1 Ações de envolvimento coletivo

Ações coletivas que envolvam a equipe foram apontadas como essenciais para a prática interdisciplinar, pois seria compartilhando saberes, planejando ações e interagindo com os colegas que ela se implementaria.

Os profissionais percebiam o trabalho interdisciplinar quando havia reuniões entre núcleos para discutir casos e planejar o trabalho. Das onze participantes seis apontaram que estes encontros eram momentos em que enxergavam a equipe trabalhando de forma conjunta. Lembraram que os profissionais também precisam se disponibilizar a participar destes momentos.

“Que as equipes possam de fato se encontrar para debater soluções para os pacientes – e que isto resulte em atos práticos.” (P B)

“Sempre, desde a internação da criança até a alta hospitalar, através de discussões com a equipe.” (P J)

Além disso, reforçaram que a possibilidade de haver encontros, espaços de reunião da equipe, discussão de casos seria essencial na consolidação da prática interdisciplinar. Estes espaços foram identificados como potencializadores da integração, da comunicação e do diálogo claro (P F). Discutir acerca das propostas de trabalho para cada caso ou para os de maior complexidade, envolvendo várias áreas profissionais, é relevante para que haja um compartilhamento das propostas de intervenção com foco no cuidado do paciente, no melhor resultado possível em cada situação. Na medida em que a equipe vivencia este compartilhamento de

saberes e de responsabilidade e percebe que, desta forma, a atenção ao paciente é mais abrangente, mais efetiva e que o profissional não está sozinho, isto solidifica a ação interdisciplinar na equipe e gera aprendizado e conhecimento.

Na UTI Pediátrica há uma reunião semanal de encontro da equipe para discussão de casos e de questões pertinentes à unidade. Reúnem-se, de forma mais sistemática, a chefia médica e de enfermagem, a psicóloga e a assistente social e os estagiários de psicologia e de serviço social. Os demais profissionais são convidados a compor o trabalho, no entanto alguns têm outras atividades e não conseguem disponibilizar tempo para a reunião; outros estão buscando organizar suas atribuições para poder participar; e há dificuldades também pela própria estrutura de trabalho em hospital. No HMIPV, como em outros hospitais, o trabalho é desenvolvido em três turnos por dia, envolvendo cinco equipes de técnicos de enfermagem e de enfermeiros, médicos plantonistas e equipe multidisciplinar que não trabalha em todos os turnos (por exemplo, à noite), ou seja, sempre este encontro da equipe se dará com parte do grupo de profissionais, não com a sua totalidade. Além disso, alguns trabalhadores atendem também em outros setores.

As participantes que trabalham no turno da noite ou finais de semana (quatro) mencionaram que tinham contato apenas com algumas áreas profissionais e não com todas que atuam na unidade. Mesmo assim, entendiam que *rounds*, troca de informações e o trabalho cotidiano integram a equipe, reforçando a construção da interdisciplinaridade, mesmo que reduzida no momento de seu plantão e, muitas vezes, naquele espaço de tempo, voltada somente ao atendimento clínico.

“Como plantonista da UTI Pediátrica só faço plantões noturnos ou em finais de semana. Então, a equipe com quem trabalho diariamente é composta pela enfermeira e técnicos de enfermagem e, nos finais de semana, também com a fisioterapeuta. O trabalho em UTI exige um trabalho integrado.” (P A)

Apesar deste espaço de reunião ser muito importante, pois as pessoas envolvidas podem parar e refletir acerca do trabalho, ouvir e aprender com o colega, este não é a única possibilidade de comunicação na equipe. Esses momentos de troca entre os profissionais não ocorrem apenas em momentos formais, como em uma reunião com dia e hora definidos. A troca de informações é uma necessidade

contínua, pois a rotina hospitalar é bastante dinâmica. Nesse sentido, cinco respondentes informaram que esta comunicação ocorre sempre na UTI Pediátrica e outras duas referiram que ocorre em alguns momentos. Mencionar que esta interação ocorre sempre pode indicar que, mesmo que a intervenção interdisciplinar não esteja ocorrendo a todo momento, é uma preocupação presente na equipe. Estas intervenções são mais visíveis em algumas situações. A interdisciplinaridade pode ocorrer quando se está trabalhando de forma conjunta ou nas ações individuais, seja por já se ter incorporado abordagens de outras áreas profissionais, seja por manter um olhar abrangente e uma escuta atenta a outras necessidades do paciente.

Ainda uma das participantes especificou que a passagem de informações também é importante para o bom andamento dos cuidados prestados e que, neste caso, poderia estar voltada à realidade da equipe de enfermagem e médica nas trocas de plantão diariamente.

Scherer e Pires (2009, p. 36) entendem que a interdisciplinaridade “é um processo complexo de diálogo e negociação para definição de competências para resolução de problemas”, enfatizando que isto pressupõe que haja um coletivo de profissionais em atuação. A resolução conjunta de problemas foi apontada por alguns profissionais como uma necessidade de atuação interdisciplinar. A contribuição dos diversos atores envolvidos no cuidado do paciente está associada a ações e/ou decisões conjuntas, interação, cooperação, participação, união e apoio. Este aspecto foi lembrado com frequência entre as participantes, sendo referido por dez pessoas, tendo sido enfatizado que estas ações envolvem diferentes áreas de conhecimento.

O trabalho em UTI envolve o atendimento a casos de maior complexidade quanto às agravos à saúde. No HMIPV acresce-se a isto a vulnerabilidade social das famílias atendidas e estes dois fatores – complexidades clínicas e vulnerabilidades – geram demandas em várias áreas clínicas, intervenções especializadas e necessidades sociais e emocionais de cuidado. Além disso, as participantes também se referiram a atendimentos clínicos de urgência.

“No andamento da unidade, quando tudo caminha a contento e, principalmente, quando todos da equipe participam prestando

cuidados ao mesmo tempo ao paciente. Ex: na internação do paciente, em uma parada cardiorrespiratória, etc.” (P G)

Pensando nos elementos necessários para que a equipe possa trabalhar em interdisciplinaridade, os sujeitos, em sua maioria, mencionaram ser essencial que o objetivo comum da equipe fosse o paciente, o desejo de atendê-lo da melhor forma possível, vê-lo com um olhar integral. Apontaram que estas ações têm uma direção que é o paciente, a melhora de sua saúde, seu bem-estar, sendo este único.

“Um conjunto de ações desenvolvidas por profissionais de diversas áreas, visando o bem-estar do paciente.” (P H)

“Interdisciplina para mim é troca entre os profissionais e olhar o paciente como um único sujeito.” (P D)

“Trabalho interdisciplinar é o trabalho em equipe onde essa equipe está interagindo em todos os momentos para melhor atender às necessidades do paciente.” (P I)

Neste sentido, foi referido que a interdisciplinaridade envolve a busca do melhor resultado da ação para o paciente e seu entorno – família – e que, para que isso se efetivasse, os profissionais teriam uma grande responsabilidade com o cuidado e com sua continuidade dentro e fora do hospital. Também há o cuidado com a própria equipe, pois decisões conjuntas implicam em responsabilidades compartilhadas e isto torna a equipe mais segura quanto ao cuidado prestado.

4.2.2 Postura profissional

A atuação profissional foi bastante citada como um momento em que as profissionais se reconheciam fazendo trabalho interdisciplinar ao realizarem a intervenção própria de sua área de formação. Não a entendiam como uma ação isolada, sem relação com as demais áreas de conhecimento e sem vinculação com a equipe. Referiram perceber a interdisciplinaridade nos atendimentos ao paciente ou à família, em reunião com familiares, nas avaliações, nos planos de trabalho, relatórios, nas altas. Acreditavam que a atenção em saúde deveria se voltar ao paciente e este seria único, por isso seria preciso trabalhar em conjunto.

“A interdisciplina permeia sempre a minha prática. E na UTI pediátrica este trabalho é favorecido pela equipe. Eu reconheço esta intervenção no momento em que discuto com profissionais desde o resultado da avaliação bem como a elaboração do plano de trabalho e os retornos.” (P D)

”Em atendimentos individuais e em grupo, reuniões de equipe, reunião com familiares.” (P K)

A complementaridade de saberes foi enfatizada como um ganho nesta forma de trabalho. Porém, para que esta fosse possível, algumas respondentes lembraram que o respeito às diversas áreas de conhecimento, a humildade e a aceitação da opinião dos demais componentes da equipe seriam posturas necessárias entre os profissionais.

“Acho necessário o diálogo claro, confiável, a aceitação da opinião do colega. O entendimento da complementaridade das profissões.” (P F)

“Acho necessário a humildade de cada um dos profissionais envolvidos, tendo consciência de que nenhum profissional é mais importante do que o outro e que o essencial é focar na recuperação do paciente.” (P H)

O conceito elaborado por Saupe et al (2005, p. 522), anteriormente mencionado, pressupõe que o profissional desenvolva a competência para trabalhar com profissionais de outras áreas de saúde. Assim, envolve atitudes e capacidades de relacionamento, postura ética, valorização de outros saberes, reconhecimento de limitações, capacidade para comunicação, cooperação e articulação, entre outras.

O respeito entre os profissionais e as diferenças de cada área do conhecimento, de sua forma de entendimento das situações e, ainda, das individualidades é essencial para um bom relacionamento na equipe e para possibilitar a prática interdisciplinar. Neste sentido, foi lembrado que cada um dos profissionais envolvidos precisa se responsabilizar pela sua área de atuação e que essa especificidade não se perde na interdisciplinaridade. Ceccim (2004) reforça que cada profissão da saúde tem um campo específico de saber e que estes não são desvalorizados na interdisciplinaridade, pois as identidades profissionais se mantêm, apenas se entende que a realidade é ampla e que o recorte de cada área é limitado frente a esta complexidade.

As participantes que referiram a importância do respeito como relevante no processo de trabalho interdisciplinar eram de outras profissões que não a médica e poderiam estar se referindo às diferenças de poder em uma instituição hospitalar tradicionalmente centrada no saber médico.

Em uma unidade hospitalar e, ainda mais, em uma UTI, a hierarquia e a fragmentação das ações de cuidado se fazem presentes na relação de trabalho. Foi possível identificar esta situação em algumas manifestações, sinalizando a importância de seguir fortalecendo a interdisciplinaridade nas ações e na reflexão acerca da atenção em saúde, das práticas de cada área de saber e do seu entrecruzamento.

“Todo trabalho na UTI é em equipe: o médico prescreve, a enfermeira confere e o técnico executa.” (P E)

“Para atender essas necessidades é necessário que todos os membros da equipe contribuam: o médico prescrevendo, os enfermeiros executando, o fisioterapeuta, a assistente social, o psicólogo e demais profissionais atendendo suas demandas específicas e interagindo entre si para promover o melhor tratamento possível.” (P I)

Complementando o que foi indicado nestas respostas, Feuerweker e Cecílio (2007), reforçam que a atenção em saúde no hospital depende da conjugação da ação de vários profissionais e que estes cuidados são parciais. A partir da interação entre os diversos profissionais envolvidos, busca-se a complementação deste cuidado, num espaço enredado em muitas rotinas, procedimentos e fluxos.

O fato das chefias médicas e de enfermagem das unidades se interessarem e valorizarem as diversas abordagens para a atenção integral do paciente foi considerado por duas participantes como fatores favorecedores na construção da interdisciplinaridade:

“Ponto favorável: que a equipe médica e de enfermagem valoriza a atuação dos profissionais das áreas ligadas à saúde.” (P E)

“Acredito que o que favorece é a estrutura da equipe, o respeito pelos profissionais que compõe o time da UTI.” (P D)

Foi apontado que a postura de alguns profissionais dificultava a prática interdisciplinar por não mostrarem disponibilidade em se envolverem mais com as situações apresentadas pelos pacientes e imporem seu saber aos demais membros da equipe.

Feuerweker e Cecílio (2007, p. 969) lembram que a integralidade e o trabalho em equipe multiprofissional não são conceitos pacíficos e consensuais: “sua implementação implica mudanças nas relações de poder entre as profissões e nas relações de poder entre profissionais da saúde e usuários.”

No entanto, é importante lembrar, conforme apontam Scherer e Pires (2009) que o modelo médico hegemônico não deve ser entendido como uma responsabilidade de uma categoria profissional, mas decorrente de um percurso histórico. Esta construção implica na “participação e o consentimento de muitas outras categorias profissionais” (p. 39).

Uma participante mencionou ter receio de que o trabalho de profissionais de muitas áreas da saúde em uma UTI poderia resultar em pessoas demais circulando na unidade, o que dificultaria o atendimento de intercorrências e urgências. Esta organização na circulação dos diversos profissionais nas unidades tem que ser pensada para que haja uma ação harmônica e não fragmentada e excessiva. A equipe tem que se sentir atuante de forma cooperativa e o paciente e seus familiares assistidos e não invadidos.

Porém, esta manifestação indica uma preocupação com a implantação do ensino em serviço das áreas multiprofissionais (RMS) pela presença de residentes, além dos trabalhadores nos diversos serviços. Estes fatores precisam ser pensados e discutidos a fim de viabilizar a proposta e minimizar as possíveis resistências a esta modalidade de formação.

4.2.3 Motivações individuais

Fatores individuais foram mencionados como necessários para que esta forma de trabalho se produza, tais como disponibilidade, interesse, doação e motivação. Agir de forma interdisciplinar não é simples, exige também atitudes pessoais, desacomodação, aceitação de limites do saber e abertura para compor

com o colega uma ação. Fajardo (2011) lembra que, para haver interdisciplinaridade, são necessárias transformações que vão além das fronteiras de cada profissão, flexibilizando saberes e práticas.

As participantes apontaram que atitudes individuais eram muito importantes para que ocorresse uma ação interdisciplinar. Referiram a vontade, o empenho, a dedicação, a disponibilidade, o interesse e o envolvimento como principais fatores para que este processo pudesse acontecer.

“Acho necessário empenho, disponibilidade, dedicação, interesse e tempo por parte da maioria dos membros da equipe.” (P I)

“Discussão de casos, realização de relatórios de caso. Contribuição dos profissionais envolvidos, disponibilidade e interesse.” (P K)

Foi referido que até para que ocorram os encontros da equipe, como reuniões e discussões de casos, os profissionais precisariam ter disponibilidade para participar. O interesse e o envolvimento são percebidos como atitudes necessárias para que a interdisciplinaridade ocorra na equipe.

As contribuições de Scherer, Pires e Schwartz (2009) ficaram evidentes pela valorização das motivações pessoais que envolvem o uso de si no trabalho, ou seja, que o trabalho real acontece na atividade, na prática conforme cada protagonista e não apenas de acordo com a norma, com o que está prescrito. O trabalho real envolve a criação dos sujeitos envolvidos, sendo uma transformação, uma elaboração do trabalho prescrito.

4.2.4 Aspectos institucionais

As diretrizes políticas e as normatizações institucionais são essenciais para que determinada formatação de trabalho seja efetivada. Para que o trabalho seja possível de ser implementado de forma interdisciplinar, há necessidade de arranjos institucionais. Neste sentido, as respondentes indicaram que a indisponibilidade de tempo, a ausência de plantões de outras especialidades e a sobrecarga de tarefas, além do aumento sazonal da demanda de atendimentos podem dificultar a

implementação de ações conjuntas dos profissionais e que estes fatores dependem de atitudes pessoais e de definições institucionais.

A disponibilidade de tempo dos profissionais que, muitas vezes, são poucos para atender a diversos setores, e a falta de algumas especialidades, como psicologia, serviço social, fonoaudiologia à noite e nos finais de semana foram apontados como fatores institucionais que dificultam este processo.

“Dificuldade: alguns profissionais não estão presentes em horário noturno e finais de semana.” (P E)

“O que dificulta creio ser a não disponibilidade de uma equipe em grande parte do dia e da noite.” (P F)

A falta de tempo, a sobrecarga de tarefas e o atendimento a diversos setores eram vistos como fatores que atrapalhavam o maior envolvimento com a equipe e prejudicavam a discussão de casos e a participação em reuniões, aspectos apontados como inerentes ao trabalho interdisciplinar.

“O que dificulta ainda é a sobrecarga de tarefas que na maior parte das vezes não permite que a troca e a interdisciplina ocorra da forma como deveria ser.” (P D)

“Dificulta: muitos pacientes internados ou pacientes mais graves internados com poucos profissionais na assistência, não sendo possível uma adequada discussão dos casos.” (P C)

“Demanda aumentada de pacientes no inverno, falta de tempo, profissionais que atuam em outras áreas do hospital.” (P I)

No HMIPV, o número de leitos atendidos na UTI Pediátrica, na Sala de Observação e na Enfermaria Pediátrica é duplicado durante a Operação Inverno. Neste período há uma contratação temporária de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, às vezes, fisioterapeutas. As demais categorias profissionais não têm aumento de pessoal e acabam priorizando situações mais complexas ou nas quais sua intervenção seja essencial para o bem-estar do paciente. Desta forma, os sujeitos referiram que este incremento sazonal proporciona entraves para a adequada ação interdisciplinar no período devido ao excesso de trabalho e à escassez de tempo para discussão e reflexão.

4.2.5 Perfil da unidade e do usuário

Três sujeitos referiram o perfil dos usuários do hospital como um fator que facilitava a ação de vários profissionais. O HMIPV atende somente pacientes do Sistema Único de Saúde, não oferecendo atendimento a pacientes conveniados nem privados. Os usuários que chegam às emergências do HMIPV são provenientes de Porto Alegre, encaminhados pelos Pronto-Atendimentos da cidade, pelo Hospital de Pronto Socorro ou por demanda espontânea, sendo oriundos do interior do Rio Grande do Sul e região metropolitana. Na UTI Pediátrica chegam os casos avaliados pela emergência como de maior gravidade, risco de vida, pós-cirúrgicos, com necessidades de intervenções, procedimentos e tecnologias mais complexas. Os pacientes podem ser oriundos da enfermaria pediátrica do HMIPV e transferidos para a UTI, caso apresentem os critérios exigidos para tanto. Ainda, podem ser provenientes da rede municipal ou estadual de saúde por contato da regulação da central de leitos, quando há vagas disponíveis.

Quanto à situação da unidade (UTI), os profissionais achavam que o próprio perfil dos casos ali atendidos favorecia o trabalho interdisciplinar, sendo situações complexas do ponto de vista clínico e, em muitos casos, com longo tempo de internação, como crianças e bebês com risco de vida, doenças respiratórias e infecciosas graves, sequelas neurológicas prévias ou decorrentes do quadro apresentado na internação hospitalar, síndromes, etc. O sofrimento da família frente à internação de uma criança, suas necessidades sociais e a mudança de rotina, além dos cuidados clínicos especializados, os fatores emocionais e as necessidades de reabilitação da criança envolvem a ação de diversas profissões da saúde.

“Em muitos momentos reconheço meu trabalho em equipe na UTI pediátrica, pois são casos mais delicados, que requerem maior atenção aos pacientes e familiares. Onde o trabalho de cada profissional envolvido é parte de um conjunto de cuidados essenciais no êxito do tratamento previsto.” (P H)

O fato de a unidade ser fechada (UTI) também foi lembrado como um fator que favoreceria o trabalho interdisciplinar. No HMIPV esta unidade é pequena, tendo entre seis e doze leitos disponíveis durante o ano. Ser uma unidade pequena, com poucos pacientes, foi entendido como facilitador do trabalho interdisciplinar, pois cada profissional teria mais disponibilidade de tempo para se dedicar aos pacientes

e familiares, enquanto a equipe como um todo teria mais possibilidade de troca de informações e discussão para planos de trabalho comuns.

“Favorece por ser área fechada, poucos pacientes, que geralmente ficam bastante tempo internados, com diagnósticos mais complexos.”
(P G)

Em uma unidade de terapia intensiva, o saber médico e os procedimentos clínicos são muito presentes e necessários para a sobrevivência do paciente, visto que situações extremas de risco à vida constituem a rotina do trabalho no setor. Neste sentido, há predominância do saber médico, mas seria fundamental dialogar com as demais áreas profissionais a fim de abarcar a complexidade dos casos atendidos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade deve estar presente no hospital e não apenas em instituições de menor âmbito de complexidade, pois deve ser entendida como um eixo articulador das práticas de saúde dentro do hospital e na articulação deste com os demais serviços da rede de saúde. Envolve a responsabilidade com a atenção à saúde, sendo uma construção multiprofissional dos projetos terapêuticos, visando também sua continuidade na alta hospitalar e auxiliando no fortalecimento da autonomia destes usuários com sua saúde (FEUERWEKER E CECÍLIO, 2007).

O trabalho em saúde, segundo Feuerwerker (2007), baseia-se em uma relação entre pessoas em todas as fases de sua realização. Contudo, é um espaço de incertezas frente às singularidades de cada usuário em uma esfera dominada pelo saber técnico-científico.

Para as participantes desta pesquisa, a interdisciplinaridade precisa de ações de envolvimento coletivo da equipe como reuniões, *rounds*, espaços de encontro que possibilitem a melhor comunicação; pressupõe uma postura profissional de respeito às demais áreas do saber e de incorporação da interdisciplinaridade às práticas cotidianas; depende de motivações individuais como interesse e vontade de colaborar e aprender; é viabilizada por dispositivos institucionais que proporcionem esta ação; constitui-se a partir do perfil do equipamento de saúde e de seus

usuários. Para analisar como acontece a interdisciplinaridade é necessário considerar o contexto (unidade/instituição) onde ocorre, os sujeitos envolvidos (profissionais, usuários e familiares) e as relações intersubjetivas nas equipes.

Entender a saúde de forma integral e, assim, trabalhar em interdisciplinaridade depende, em parte, de capacidades individuais, de como cada um se dispõe a enfrentar situações e adversidades como o não saber, tolerando limites. No processo de construção da prática interdisciplinar é importante reconhecer a importância do papel de cada um, os potenciais e as limitações das disciplinas. Ainda, aspectos levantados na análise dos dados, como a habilidade de se relacionar com o outro, tolerância e respeito e a capacidade de se comunicar são essenciais nessa construção. Para que o trabalho conjunto com outras áreas de saber seja viabilizado, é necessário tolerar o desconhecido e ampliar as possibilidades de entendimento e de intervenção, tendo como eixo central o paciente. Scherer, Pires e Schwartz (2009) reforçam que essa realidade demanda o entrelaçamento de vários conhecimentos e práticas por se tratar de sujeitos com histórias de vida singulares, inserção social e condições emocionais peculiares. Ademais, cada plano terapêutico precisa de cooperação e definição coletiva das ações.

Além disso, para que haja interdisciplinaridade, o profissional não pode estar preso à prescrição e precisa buscar compreender quais são as necessidades que cada situação demanda e reinventar, ser original, inédito (Scherer e Schwartz, 2009). Trabalhar em interdisciplinaridade, segundo Fajardo (2011), requer que se façam transformações em movimento, avançando para além das fronteiras de cada profissão, flexibilizando saberes e práticas e reconfigurando paradigmas. Para que isso seja possível, a autora destaca a necessidade da criação de novos caminhos e novas relações baseadas em uma dimensão de poder e de saber mais horizontal. O fato de ter havido depoimentos marcados pela fragmentação do cuidado em ações prescritas e fechadas em si mesmas denota a rigidez entre fronteiras do conhecimento em saúde que precisam ser rompidas em benefício dos pacientes e, por que não, dos próprios profissionais envolvidos.

A integralidade da atenção em saúde pressupõe a ampliação da dimensão de cuidado na prática dos profissionais de saúde, tornando-os responsáveis pelos resultados das ações e, portanto, implicando-os no acolhimento, na capacidade de

fazer vínculos e de dialogar com as dimensões envolvidas no processo de saúde-doença (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). As equipes multiprofissionais, quando atuam em diálogo multidimensional, ampliam a base de atuação, superando os limites da disciplinaridade, construindo novos saberes e potencializando ações, uma postura necessária no complexo campo do fazer em saúde.

O conceito de interdisciplinaridade se diferencia do conceito de trabalho em equipe, pois a interdisciplinaridade pode ocorrer numa equipe, mas pressupõem um entendimento ampliado das necessidades de saúde, com propostas flexíveis e adequadas a cada contexto e um entrelaçamento de saberes envolvidos em cada disciplina (área profissional). Peduzzi (2001) enfatiza que trabalho em equipe ocorre quando há diversos profissionais atuando de forma conjunta, mas nem sempre a articulação destes fazeres é problematizada. As equipes, conforme esta autora, podem ser apenas um agrupamento de agentes da saúde ou pode haver interação e articulação entre estes. Entende equipe como um trabalho coletivo que envolve interação técnica e pressupõem algum nível de comunicação e cooperação.

É importante reforçar que não é somente em motivações individuais que o trabalho interdisciplinar se ancora, pois são necessários interesses e posicionamentos políticos, econômicos e definições institucionais. Scherer, Pires e Schwartz (2009, p. 725) entendem que:

“As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho.”

O trabalho em saúde, segundo estes autores, é permeado pela história das profissões que definiram domínios de poder e marcaram a divisão do trabalho. No Brasil, mudanças vêm possibilitando novas práticas de trabalho em saúde: o próprio surgimento do SUS e as mudanças na formação e, ainda, as experiências de formação de equipes interdisciplinares que propiciam a valorização das práticas dos profissionais de saúde. Ceccim (2004) aponta o trabalho multiprofissional interdisciplinar como um lugar de entrelaçamento de saberes, sensibilidade e equilíbrio, não de soberania terapêutica. Tendo isso em conta, ainda é necessário avançar no rompimento de barreiras instituídas.

No entanto, também há possibilidades viabilizadas pela equipe de ação interdisciplinar. Estes espaços ainda precisam ser ampliados a outros componentes da equipe e entendidos não só como ações voltadas às necessidades emergentes do paciente, mas como espaços de reflexão da própria equipe acerca do seu fazer. Desta forma, a interdisciplinaridade pode possibilitar espaços de escuta mais profunda e, assim, produzir transformações individuais, das práticas instituídas e a construção conjunta de planejamento e ações de saúde.

A proposta da RMS, conforme foi enfatizado por Ceccim, Kreutz e Mayer Jr. (2011), impulsiona para a construção de novas possibilidades de arranjos institucionais e para a transformação do fazer em saúde. A possibilidade de implantação desta modalidade de formação em serviço no HMIPV pode ser um fator fortalecedor desta prática pela maior inserção de profissionais de diferentes áreas nos diversos setores, além da possibilidade de reflexão do fazer que a inclusão destes outros olhares externos proporciona à prática cotidiana de trabalho.

A maior parte do grupo de respondentes nunca teve experiência de ensino em serviço. Provavelmente este dado é um indicativo do que ocorre em outros setores da instituição onde a pesquisa foi desenvolvida. Pode ser relevante avaliar esta situação nos demais serviços a fim de propor espaços educativos e de discussões sobre a RMS no HMIPV.

As respostas das profissionais da UTI Pediátrica às questões propostas foram breves e objetivas, dificultando um maior aprofundamento sobre a sua concepção acerca da temática da interdisciplinaridade. Pode-se pensar que a objetividade seja uma característica desta equipe que trabalha com situações de urgência e que demandam tomadas de decisão e implementação de ações rápidas em muitos momentos. Outra hipótese levantada é a modalidade de preenchimento do questionário, pois muitas pessoas responderam ao instrumento no hospital em meio às diversas atividades da assistência, inerentes à rotina diária de trabalho. Ainda, o instrumento utilizado, em formato de questionário, poderia ter sido aliado a entrevistas em profundidade, o que favoreceria o aprofundamento das idéias e reflexões junto aos sujeitos da amostra. No entanto, os dados resultantes deste estudo são bons indicadores do que esta equipe entende por prática interdisciplinar e podem auxiliar na construção de espaços reflexivos, seja nas próprias reuniões da

equipe, seja através de ações de educação permanente, a fim de fortalecer a construção desse processo.

É possível apontar que, no cenário pesquisado, há espaço para o trabalho interdisciplinar, pois os profissionais que ali atuam estão sensibilizados para outras demandas dos pacientes e familiares e solicitam a intervenção das demais áreas. Ainda há uma trajetória a seguir para fortalecer a interdisciplinaridade e abrir possibilidades de integração efetiva e produtiva.

6. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080/90** – Lei orgânica da Saúde, 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

CECCIM, R. B.. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Orgs.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida**. Porto Alegre: EDUFRGS, 1997, p. 27- 41.

CECCIM, R. B.. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 2004, p. 259-278.

CECCIM, R. B., KREUTZ, J. A. e MAYER Jr, M. Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, R.; SILVA Jr, A. G. (Orgs.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ – CEPESC, 2011, p. 257 – 292.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do sistema único de saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. **Tempo de**

inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa – Escola de Saúde Pública/ RS, 2002, p. 143-162

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5): p. 1400-1410, Setembro /Outubro 2004.

COUTO, M. **O poderoso Troféu de Guerra de Mia Couto.** Caderno Cultura. Jornal Zero Hora de 10/11/12, p.3.

COUTO, M. **Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra.** São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e re(construir) as instituições-escola na saúde.** Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAZENDA, I.C. A. **Integração e Interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia.** São Paulo: Loyola, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciências de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 12(4): p.965-971, Julho/ agosto 2007.

FEUERWERKER, L.C. Aula, 2007. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva. Acessado em 17 de fevereiro de 2013.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. (Orgs.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde.** Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 35(1), p. 103-109, 2001.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – comunicação, saúde, educação**, 9(18): 521-536, set/dez 2005.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus – Actas de saúde coletiva**, vol. 3, n.2, p. 30-42, abr./jun. 2009.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**. 43 (4), 721-725, 2009.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**. Vol. 13, nº 39, Set/Dez., 2008.

TRENTIN, V. R. M. **Práticas Interdisciplinares nos Processos de Formação em Serviços de Saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. 46 fls. TCC (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) Programa de Pós-Graduação em Educação, Núcleo EDUCASAÚDE, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: um estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Vol. 11, n4, Julho/Agosto, 2003.

APÊNDICE A - Questionário

Questionário nº _____

ESTE QUESTIONARIO FAZ PARTE DE UMA PESQUISA QUE BUSCA LEVANTAR INFORMAÇÕES SOBRE A TEMATICA DA INTERDISCIPLINARIEDADE.

NA PERSPECTIVA DA IMPLANTAÇÃO DA RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL NO HMIPV, RESPONDA AO QUESTIONÁRIO ABAIXO, UTILIZANDO TANTO ESPAÇO QUANTO ACHAR NECESSÁRIO:

VOCÊ EXERCEU OU EXERCE A FUNÇÃO DE PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA? SIM () NÃO ()

SE RESPONDER SIM, DIGA HÁ QUANTO TEMPO REALIZA OU REALIZOU ESTA ATIVIDADE?

- 1) EM QUAIS MOMENTOS VOCÊ SE RECONHECE FAZENDO TRABALHO EM EQUIPE? DESCREVA EXEMPLOS.

- 2) O QUE VOCÊ ENTENDE POR TRABALHO INTERDISCIPLINAR? CITE PALAVRAS QUE VOCÊ ASSOCIA A ESTA QUESTÃO.

- 3) O QUE VOCÊ ACHA NECESSÁRIO PARA QUE O TRABALHO INTERDISCIPLINAR ACONTEÇA?

- 4) NESTA EQUIPE – UTI PEDIÁTRICA – O QUE VOCÊ ACHA QUE FAVORECE A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR E O QUE DIFICULTA ESTA PRÁTICA NA ROTINA DE TRABALHO?

VOCÊ CONHECE A PROPOSTA DA RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE?

SIM () NÃO () UM POUCO ()

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Colega:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Concepções dos profissionais de uma UTI pediátrica sobre interdisciplinaridade na perspectiva de implantação de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde”, **de autoria de Jane Iândora Heringer Padilha e orientada pela Prof.^a Dr^a Ananyr Porto Fajardo. Esta pesquisa é parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde que prepara profissionais para a preceptoria de Residências Multiprofissionais em Saúde.**

O objetivo geral desta pesquisa é entender as concepções dos profissionais da equipe da UTI Pediátrica do HMIPV sobre interdisciplinaridade e, visando à preparação para a implantação da modalidade de formação em serviço - Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) - neste hospital.

Como objetivos específicos, busca-se:

Entender as concepções de interdisciplinaridade da equipe pesquisada;

Propiciar o questionamento e a reflexão quanto ao trabalho interdisciplinar e a proposta de implantação da RMS.

Esta pesquisa prevê que os profissionais de saúde da UTI Pediátrica do HMIPV respondam ao questionário com tempo previsto para preenchimento de 20 minutos. Este não será identificado por nome, apenas por número que codifica cada participante. Este material será devolvido em envelope fechado diretamente para a pesquisadora e somente a mesma e sua orientadora terão acesso às informações.

Caso concorde em participar, este questionário deverá ser devolvido conforme combinado com a pesquisadora, de preferência respondido no mesmo dia da entrega do mesmo. A pesquisadora buscará o envelope com o questionário respondido.

Não há riscos previstos em relação a sua participação. Você tem liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo. O sigilo e a privacidade de sua participação serão preservados.

Em caso de dúvidas, pode entrar em contato com janepadilha@hmipv.prefpoa.com.br ou pelo telefone: 3289.3374.

EU _____

(NOME COMPLETO) recebi informações sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei decidir solicitar informações e desistir de participar.

A pesquisadora certificou-me de que todos os dados da pesquisa serão tratados de forma confidencial, garantindo sigilo e privacidade às informações recebidas.

Declaro que retive cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do(a) participante

Nome do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora

Data: ____/____/____

Nome: Jane Iândora Heringer Padilha

Assinatura da orientadora

Data: ____/____/____

Nome: Ananyr Porto Fajardo

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, conforme parecer nº 173.099 de 12/12/2012.