

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

SOLANGE MESQUITA GOMES

Avaliação de habilidades para o trabalho em equipe de saúde: produção científica de Residentes Multiprofissionais em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

GOIÂNIA – GO
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Avaliação de habilidades para o trabalho em equipe de saúde: produção científica de Residentes Multiprofissionais em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

GOIÂNIA – GO
2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Gomes, Solange Mesquita.

G633a Avaliação de habilidades para o trabalho em equipe de saúde [manuscrito] : produção científica de residentes multiprofissionais em saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás / Solange Mesquita Gomes. – 2014.

80 f. : il. ; graf. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado em Psicologia, 2014.

“Orientador: Prof. Dr Sebastião Benício da Costa Neto”.
Bibliografia.

1. Grupos de trabalho. 2. Pessoal da área médica. I. Título.

CDU 005.64:61(043)

SOLANGE MESQUITA GOMES

Avaliação de habilidades para o trabalho em equipe de saúde: produção científica de Residentes Multiprofissionais em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), como exigência final para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

APROVADO EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Presidente

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Membro Interno

Profa. Dra. Keila Correia de Alcântara
Universidade Federal de Goiás- Membro Externo

Profa. Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres
Pontifícia Universidade Católica de Goiás- Membro interno suplente

GOIÂNIA – GO
2014

AGRADECIMENTOS

À Deus, Pai amado e sempre presente;

Ao meu orientador, Professor Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, por acreditar em meu trabalho, mostrar os caminhos a trilhar e por ser um exemplo de profissional educador a ser seguido;

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

Aos amigos que fizeram parte de todos os momentos, incentivando-me nas horas mais difíceis.

Ao meu esposo Alexandre, companheiro de
todas as horas,

DEDICO

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”.

(Albert Einstein)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde - SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, está calcado em um conjunto de princípios doutrinários que orientam os serviços de saúde no Brasil. Apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento das diretrizes do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde, constitui-se em um dos principais desafios para a efetivação deste sistema universal. O campo do ensino em saúde enfrenta este processo de disputa, onde a consequência é a dificuldade da articulação entre academia e serviço de saúde. É neste contexto que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (RMSHC) é criado como uma das possibilidades de integração ensino-serviço com vistas ao desenvolvimento de competências profissionais necessárias para a consolidação do SUS. O objetivo principal deste estudo é avaliar a presença das competências e habilidades para o trabalho interdisciplinar na produção científica, integrando as diversas especialidades envolvidas. Desta forma, esta pesquisa apresenta uma análise qualitativa dos trabalhos de conclusão de curso dos egressos do programa RMSHC, com foco na identificação dos procedimentos descritos pelos residentes, em face da interdisciplinaridade presente na condução dos casos. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, onde é avaliada a produção técnico-científica do programa RMSHC, segundo categorias definidas *a priori*: tipo de estudo; tema de estudo; metodologia e interdisciplinaridade. Foram analisados 20 trabalhos de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas de Goiânia, produzidos no ano de 2012. Os resultados apresentados permitem confirmar que existem poucas evidências acerca da Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade na produção científica do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas, uma vez que em apenas 20% dos trabalhos verificou-se a presença da inter ou multidisciplinaridade no objetivo ou metodologia.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional em saúde. Trabalho em equipe. Produção científica de residentes multiprofissionais.

ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde (Unified Health System) - SUS, created by the Federal Constitution of 1988, is grounded in a set of doctrinal principles that guide health services in Brazil. Despite the advances directed for the strengthening of the SUS guidelines, health workers training constitutes one of the main challenges for the effectiveness of this universal system. The field of health education faces this dispute process, where the consequence is the difficulty of the relationship between the academy and the health service. It is in this context that the Multidisciplinary Residency Program in Health of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Goiás (RMSHC) is established with the objective to be one of the possibilities of integration of teaching-service seeking the development of the professional skills necessary for the consolidation of the SUS. The main objective of this study is to evaluate the presence of skills and abilities for interdisciplinary work in scientific production, integrating the various specialties involved. Thus, this research presents a qualitative analysis of the course work conclusion of the RMSHC program graduates, focusing on the identification of the procedures described by the residents, due to this interdisciplinarity in the conduction of the cases. This is a descriptive research, developed through deductive logic, which evaluates the scientific-technical production of the RMSHC program, according to categories defined a priori: type of study, subject of study, methodology and interdisciplinarity. It was analyzed twenty course conclusion works of the Multidisciplinary Residency Program in Health of the Hospital of Goiania, produced in the year of 2012. The results presented allow to confirm that there is a little evidences about the Multidisciplinarity and Interdisciplinarity on the scientific production of the Multidisciplinary Residency Program of the Hospital das Clínicas, since only in 20% of the studied works the presence of inter or multidisciplinary in goal or methodology was verified.

Keywords: Multiprossional health team. Teamwork. Scientific production of multiprofessional residents.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS EQUADROS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 - LISTA DE TRABALHOS ANALISADOS..... | 38 |
| TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS TCCs DO PRMSHC DO ANO 2012 ANALISADOS (N=20)..... | 50 |
| TABELA 3 – NÚMERO DE PARTICIPANTES SEGUNDO O SEXO..... | 51 |
| FIGURA 1 - INDICADORES GERAIS, INTER/MULTIDISCIPLINARIDADE, TRABALHO EM EQUIPE, DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO..... | 52 |
| QUADRO 1 – INDICADORES DE INTER OU MULTIDISCIPLINARIDADE, DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE, DO TRABALHO EM EQUIPE, DA DCN..... | 55 |
| FIGURA 2 - INDICADOR DE INTER OU MULTIDISCIPLINARIDADE NO OBJETIVO E METODOLOGIA DOS TRABALHOS ANALISADOS..... | 56 |
| FIGURA 3 - INDICADOR DA PRESENÇA DOS EIXOS DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NOS TRABALHOS ANALISADOS..... | 60 |
| FIGURA 4 - INDICADOR DA PRESENÇA DAS HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NOS TRABALHOS ANALISADOS..... | 66 |

Sumário

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA..... | 19 |
| 2.1 | Formação Interprofissional em Saúde..... | 23 |
| 2.2 | Quadrilátero da formação em saúde | 25 |
| 2.3 | Diretrizes Curriculares Nacionais..... | 28 |
| 2.4 | Políticas Indutoras em Saúde: a Residência Multiprofissional em Saúde | 30 |
| 2.5 | Objetivos..... | 33 |
| 2.5.1 | Objetivo Primário | 33 |
| 2.5.2 | Objetivo Secundário | 34 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 35 |
| 3.1 | Abordagem Qualitativa | 35 |
| 3.2 | Caracterização do <i>Corpus</i> Analisado..... | 37 |
| 3.3 | Produção de Dados. | 39 |
| 3.4 | Análise dos Dados. | 40 |
| 3.5 | Indicadores..... | 42 |
| 3.5.1 | Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade no Objetivo | 42 |
| 3.5.2 | Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade na Metodologia | 43 |
| 3.5.3 | Indicadores do Quadrilátero da Formação em Saúde..... | 43 |
| 3.5.4 | Indicador Trabalho em Equipe..... | 45 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.5.5 | Indicador de Competências e Habilidades Básicas apregoadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais | 46 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 49 |
| 4.1 | Caracterização dos Documentos da Pesquisa | 49 |
| 4.2 | Indicadores..... | 51 |
| 4.2.1 | Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade..... | 56 |
| 4.2.2 | Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objetivo | 56 |
| 4.2.3 | Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia | 59 |
| 4.2.4 | Indicador do Quadrilátero da Formação em Saúde | 60 |
| 4.2.5 | Indicador Trabalho em Equipe..... | 64 |
| 4.2.6 | Indicador de Competências e Habilidades Básicas apregoadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais | 65 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 69 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 71 |
| | ANEXOS..... | 77 |
| | Anexo1 – Modelo da Ficha Individual de Análise | 78 |
| | Anexo 2 – Ficha Individual de Análise – Artigo 1 | 79 |
| | Anexo 3 – Ficha Individual de Análise – Artigo 2..... | 81 |
| | Anexo 4 – Ficha Individual de Análise – Artigo 3..... | 83 |
| | Anexo 5 – Ficha Individual de Análise – Artigo 4..... | 85 |
| | Anexo 6 – Ficha Individual de Análise – Artigo 5..... | 87 |
| | Anexo 7 – Ficha Individual de Análise – Artigo 6..... | 89 |

| | |
|--|-----|
| Anexo 8 – Ficha Individual de Análise – Artigo 7..... | 91 |
| Anexo 9 – Ficha Individual de Análise – Artigo 8 | 93 |
| Anexo 10 – Ficha Individual de Análise – Artigo 9..... | 95 |
| Anexo 11 – Ficha Individual de Análise – Artigo 10 | 97 |
| Anexo 12 – Ficha Individual de Análise – Artigo 11..... | 99 |
| Anexo 13 – Ficha Individual de Análise – Artigo 12 | 101 |
| Anexo 14 – Ficha Individual de Análise – Artigo 13 | 103 |
| Anexo 15 – Ficha Individual de Análise – Artigo 14 | 105 |
| Anexo 16 – Ficha Individual de Análise – Artigo 15 | 107 |
| Anexo 17 – Ficha Individual de Análise – Artigo 16 | 109 |
| Anexo 18 – Ficha Individual de Análise – Artigo 17 | 111 |
| Anexo 19 – Ficha Individual de Análise – Artigo 18..... | 113 |
| Anexo 20 – Ficha Individual de Análise – Artigo 19 | 115 |
| Anexo 21 – Ficha Individual de Análise – Artigo 20 | 117 |

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia, como ciência e como profissão, tem problematizado e buscado compreender diversos aspectos afins à área da educação, sobretudo, voltando-se à compreensão de modelos pedagógicos e de metodologias de pesquisa, ora compreendidas como tradicionais, ora como renovadoras. Tal processo toma corpo frente a uma compreensão de que “recomendações” do Banco Mundial têm levado a uma precarização do ensino superior e, conseqüentemente, a uma restrição de possibilidades educativas e de vivências sociais (TRINDADE, 2001).

Para Magalhães (2010), citando Chauí (1999), no Brasil, sobretudo na segunda metade do século XX, os governantes buscaram afinar as políticas do Ministério da Educação (MEC), tanto com o Banco Mundial, quanto com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), com vistas a desenvolver uma reforma universitária calcada na lógica da produtividade, tendo as instituições universitárias um papel operacional para adequação do ensino superior ao mercado de trabalho, portanto, com forte incentivo à iniciativa privada para fomentar esse nível de formação.

A regulação da autonomia da universidade pode ser, inclusive, observada nas formas de avaliação do sistema universitário brasileiro, cujo modelo atual, baseado nos eixos do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (*Sinaes*), denota uma tensão entre os grupos políticos da educação que defendem uma forma de avaliação de produtos e os grupos políticos da área que defendem uma forma de avaliação das estratégias de emancipação, esta esperada como papel fundamental da universidade. Em outros termos, predomina uma avaliação do sistema universitário naquilo que seja mais condizente com os produtos sociais e mercadológicos apresentados do que com a potencialidade questionadora, transformadora,

promotora do humano integral, da autonomia e emancipação dos indivíduos e dos coletivos (MAGALHÃES, 2010; POLIDORO, MARINHO-ARAÚJO e BARREYRO, 2006).

A relação da Psicologia com a formação, por meio da licenciatura, não é recente; data de 1962, com a lei 4.119 de 27 de agosto deste ano que regulamentou a Psicologia no Brasil. Em seu artigo 1º, essa lei definiu que a formação em psicologia seria feita em cursos de Bacharelado, de Licenciatura e de Psicologia (BRASIL, 1962). Tal regulamentação passou por diversas fases, ora destacando a obrigatoriedade de se formar o professor de psicologia, ora retirando esta obrigatoriedade das instituições de ensino superior.

A polêmica formação do professor de psicologia no Brasil ganhou um novo vetor com a Resolução do Conselho Nacional de Educação, por meio de sua Câmara de Educação Superior (CNE-CES), nº 5 de 2011, publicada no Diário Oficial da União, em 16 de março de 2011. Esta Resolução trouxe a obrigatoriedade da oferta de formação de professores de psicologia pelas instituições universitárias que oferecem o curso de psicologia, ainda que sem parâmetros bem definidos do mercado de trabalho. Adicionalmente, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), várias características imputadas como necessárias à formação do psicólogo no Brasil fazem uma aproximação da psicologia à área da saúde, incluindo a necessidade de desenvolver habilidades para a educação permanente.

Assim, a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) tem ocupado um protagonismo fundamental ao promover, no âmbito nacional, a troca de reflexões, debates e experiências, entre diversos cursos de psicologia, sobre a formação complementar de licenciado ao bacharelado de psicologia. Em 16 de março de 2012, inclusive, a ABEP organizou, na sede do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, um encontro de coordenadores de cursos de psicologia e, a partir de então, mantém uma lista virtual de debates regulares entre os mesmos. Além disso, a ABEP tem realizado consultas ao Conselho Nacional de Educação (CNE) sobre a Resolução CNE-CES 5/2011, socializando os

posicionamentos do MEC com os diversos coordenadores de cursos de psicologia, associados ou não à entidade. Em linhas gerais, esses fatos vêm ratificar a preocupação da psicologia brasileira com a formação do educador, sendo que ainda se discute a que projeto pedagógico – e de sociedade – a psicologia deseja construir: se para formar o cidadão para o mercado ou formá-lo para a sua emancipação política e social. Tais questões estão, no limite, inseridas em um campo de conhecimento denominado de pedagogia universitária (MAGALHÃES, 2010).

Particularmente, no contexto da educação na e para a área da saúde, a reaproximação da psicologia na área da formação tem demonstrado a necessidade de inovação, inclusive, sob a perspectiva de distintos olhares. Ainda que pese, também, questões sob os limites que o termo inovação insere, há aqueles que ponderam pela inovação enquanto alteração do sistema intersubjetivo do discente como sujeito de sua própria formação (MAGALHÃES, 2010).

Neste sentido, metodologias alternativas à educação bancária buscam romper com formas tradicionais de ensinar e de aprender, bem como de organização rígida do sistema educacional, promovendo a diminuição de distâncias estabelecidas por visões polarizadas entre os fenômenos, e incentivando relações necessárias e interdependentes dos aspectos da vida humana. A compreensão de características dos processos formativos para a área da saúde retroalimenta as potencialidades instrumentais e metodológicas da psicologia no campo da licenciatura, aqui entendida em sua ampla acepção. Assim, a formação e a práxis interdisciplinar requeridas no contexto da saúde coloca o tema como de interesse para a psicologia, sendo que análises dos processos de ensino/aprendizagem, baseadas em sistematização, podem trazer luz ao processo formativo de recursos humanos para consolidar diversas políticas públicas, tal como a do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde - SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, está calcado em um conjunto de princípios doutrinários que orientam os serviços de saúde no Brasil. É certo que a operacionalização destes princípios – universalidade, equidade e

integralidade; regionalização, descentralização e participação popular – deve considerar as particularidades de cada região brasileira, atendo-se à diversidade cultural, econômica e social existentes em nosso país (CUNHA, 2001). Por outro lado, a formação de Recursos Humanos para o SUS deve ser pensada no âmbito do trabalho interdisciplinar tendo em vista seus princípios.

Andrade e Dias (2010) ensinam que o SUS tem sido construído por meio de embates políticos entre diferentes atores sociais ao longo do tempo. Ainda que a Constituição Brasileira tenha implantado este sistema, e que tenha sido um passo importante para o país, não foi uma garantia de mudanças substanciais no *status quo* da saúde pública. Ao longo da década de 1990, o SUS foi considerado excludente pelos significativos obstáculos impostos para a sua efetivação (ANDRADE; DIAS, 2010; FAVEREST; OLIVEIRA, 1997). Sabe-se, de plano, das grandes dificuldades encontradas naquela época, como a de acesso aos serviços públicos, instalações e equipamentos sucateados ou em número insuficiente para atender à demanda, qualidade de atendimento aquém do esperado, assim como a resolubilidade dos casos apresentados (COTTA et al., 1998; SILVA, 1995).

Os profissionais de saúde, na década de 1990, eram percebidos como profissionais com práticas impessoais e fragmentadas. Cecílio (1997) afirma que a rede de atenção primária em saúde não conseguia tornar-se a porta de entrada do sistema, que continuava a ser o hospital.

Ainda assim, o SUS vem superando as dificuldades encontradas ao longo do processo de sua implantação e que os serviços públicos foram ampliados, assim como a quantidade de trabalhadores. Houve avanço no alcance dos serviços, chegando a quase todos os municípios do Brasil.

“Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social” (FEUERWERKER, 2005, p. 495).

Apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento das diretrizes do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde, constitui-se em um dos principais desafios para a efetivação deste sistema universal.

O campo do ensino em saúde, especialmente o que Oliveira (2003) chama de ensino-serviço, enfrenta um processo de disputa, onde a consequência é a dificuldade da articulação entre academia e serviço de saúde. Pode-se citar o não comprometimento da gestão, a falta de preparo dos docentes para um novo enfoque da aprendizagem, a atenção básica como aprendizagem marginal nos currículos, a resistência dos estudantes ao contato com a comunidade, a resistência da população à presença dos alunos, a dificuldade das diferentes profissões se relacionarem entre si, a resistência dos profissionais dos serviços às mudanças, a formação dos trabalhadores não fazer parte da agenda de trabalho da unidade, e ainda a estrutura física inadequada para acolher os estudantes, como fatores que exemplificam as consequências deste processo de disputa (OLIVEIRA, 2003).

Na mesma linha, observam-se os apontamentos de Campos (2001), para quem existe um descompasso entre as políticas e projetos do SUS e os projetos pedagógicos das instituições de ensino (CAMPOS et al., 2001). Já Ceccim e Biblio (2004) afirmam que esta desarticulação constitui-se em um dos problemas prioritários para a consolidação do SUS.

Sob a ótica de Feuerwerker (2012), a formação – e a prática – dos trabalhadores é influenciada pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde dos profissionais. Assim, os profissionais envolvidos moldam-se pelas concepções, ideias, valores, princípios políticos e culturais, bem como pelas experiências de vida de cada um. Neste cenário há uma tensão entre o objetivo do sistema e a prática diária das pessoas.

É no contexto de contradições e necessidades, por exemplo, que é proposto o projeto da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), surgindo como uma das possibilidades de integração ensino-serviço com vistas ao desenvolvimento de competências profissionais

necessárias para a consolidação do SUS. Esta especialização em serviço abrange a ideia de trabalho em equipe transdisciplinar, atenção integral à saúde, articulação entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde, de educação e do controle social. Assim, possibilita o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação. A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada pela capacitação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sendo os residentes orientados por profissionais do serviço de saúde e docentes das universidades (BRASIL, 2006a).

Existe uma ampla base legal permeando o projeto da RMS, denotando interesse dos gestores de políticas públicas no desenvolvimento deste programa. A título de exemplo, destaca-se a Portaria nº198/GM/MS de fevereiro de 2004, que trata da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente”, a qual propõe eixos de ação para a formação de trabalhadores na área da saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais em Saúde, e a promulgação da Lei 11.129 de junho de 2005, que institui a Residência por área profissional em saúde – pois até então apenas a residência médica era regulamentada (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008a).

Nesse sentido, foi criada, por consequência de articulação dos gestores do SUS, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, que responde pelo credenciamento, avaliação e certificação da Residência Multiprofissional (HADDAD, 2007). Já o Ministério da Saúde, em seu papel de gestor, cria por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) portarias que regulamentam e subsidiam o financiamento da RMS, a saber: Portaria nº 1.111/2005, Portaria nº 1.143/2005 e Portaria Interministerial nº 2.117/2005 (BRASIL, 2008a).

O projeto político da RMS como modalidade de pós-graduação busca preparar, aperfeiçoar, atualizar e aprofundar os conhecimentos e a prática dos profissionais para

atuarem em equipes de saúde com foco na atenção básica. Assim, há uma aproximação entre as políticas e projetos do SUS e os projetos pedagógicos das instituições de ensino, inclusive quanto aos programas de RMS.

Ainda que se reconheça a importância dos projetos políticos, que buscam o aperfeiçoamento da formação do profissional em saúde, restam questões que envolvem aspectos da efetividade de tais políticas e programas.

Os programas de residência multiprofissional em saúde objetivam desenvolver nos profissionais de saúde competências para o trabalho no SUS, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2009). De outro lado estão as percepções dos residentes no que concerne às competências adquiridas por meio do programa RMS. Ainda que o programa tencione fornecer condições para o desenvolvimento de determinadas competências, faz-se necessário averiguar se estes movimentos didáticos resultam em conhecimento e prática diária.

Assim, a questão norteadora deste trabalho é: como o ensino para multi/interdisciplinaridade é considerada na produção científica dos egressos do programa RMS?

O trabalho está estruturado em uma Introdução e quatro capítulos, sendo que o primeiro trata a revisão da literatura e dos objetivos, o capítulo 2º trata da metodologia e o 3º dos resultados e discussão. Finalmente, o último capítulo apresenta a conclusão. Na sequência, encontram-se as referências bibliográficas e os anexos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O Sistema Único de Saúde – SUS tem trabalhado no sentido de incorporar um novo conceito de saúde e de assistência à saúde baseadas nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (MENDES, 2011). Esta proposta requer a reformulação dos diversos atores (profissionais, gestores e educadores) que compõem o quadro da atenção à saúde.

Dentre as diversas reformulações, encontram-se a atuação em equipe multiprofissional na assistência ao usuário (BRASIL, 2006a). Segundo Peduzzi (1998), a atuação em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo onde a comunicação e o diálogo são instrumentos fundamentais para a interação entre os integrantes da equipe, bem como para a disseminação de saberes técnicos, sempre visando um objeto comum, no caso, o paciente.

Esse cuidado multiprofissional pode ser realizado de diferentes formas, uma vez que o trabalho molda-se conforme diferentes interações disciplinares, mesmo estas não sendo sinônimo de interdisciplinaridade (PEDUZZI, 1998; JAPIASSU, 1976). São essas “formas” que definem a interação interpessoal da equipe e, conseqüentemente, influenciam na percepção de profissionais em processo de formação, especialmente, no que se refere às competências que o programa apregoa, bem como nas necessidades teórico-práticas dos profissionais.

Atualmente, o debate acerca da formação em saúde no Brasil tem ganhado destaque, especialmente pelo fomento do Ministério da Saúde, chamando para si a responsabilidade pela orientação da formação do profissional de saúde com foco no atendimento às necessidades do SUS (NASCIMENTO, 2010).

Nesse caminho, o Ministério da Saúde criou as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) em um novo formato da atenção à saúde e da atuação em equipe (MENDES, 2011).

“Ao apoiar a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, o MS vem incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências”. (NASCIMENTO, 2010, p. 815).

Um dos objetivos da RMS é articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, oferecendo ao educando competência na prática do saber em saúde. Sabe-se que, muitas vezes, tais conhecimentos apresentam-se fragmentados e desarticulados, em especial quando se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (FEUERWERKER, 1998). Além disso, almeja-se preparar os trabalhadores para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005).

De acordo com NASCIMENTO e QUEVEDO (2008, p.48):

“É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico. Nesse contexto, o trabalho em equipe multidisciplinar em ambiente hospitalar vem ganhando espaço e destaque na aquisição de competências para os trabalhadores da área de saúde”.

Ademais, a formação profissional é influenciada por todas as transformações vivenciadas no cotidiano e determinada histórica, política e economicamente pela sociedade. Buscar desenvolver profissionais competentes para atuação em um mundo globalizado, capazes de desenvolver novas formas de trabalho e agir diante da avalanche de tecnologia e das necessidades colocadas pelo SUS, configura-se como um dos desafios para as instituições formadoras e seus formadores (PERRENOUD, 1999).

Deve-se considerar que há uma diversidade de profissionais envolvidos na RMS. Sendo assim, depara-se com diferentes modos de construção do conhecimento, diferentes formas de receber a informação, diferentes níveis de conhecimento acerca de um determinado assunto, enfim diferentes pessoas/profissionais e especialidades.

Há que se obter, para sucesso deste tipo de programa, avaliações norteadoras. Não apenas avaliações sobre os conhecimentos externados pelos residentes, mas sim, sobre como as competências – objeto primeiro da RMS – são percebidas, assimiladas e aplicadas pelos profissionais.

A internalização deste conceito proposto pelo SUS exige a reformulação da atuação dos diversos seguimentos que compõem o quadro da atenção à saúde (MENDES, 2011).

Há que se considerar, dada à necessidade de reformulação, a proposta da atuação em equipe multiprofissional na assistência ao usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Diante de uma equipe multiprofissional, o trabalho em saúde desenvolve-se de forma multidisciplinar e, certamente, exige competências específicas dos profissionais envolvidos, especialmente no que tange à interação e troca de conhecimento técnico.

É neste contexto que surge a necessidade de trabalhar as competências dos profissionais. Ainda que “o conceito de competência vem sofrendo mudanças ao longo dos anos, passando de uma linha comportamentalista/behaviorista, fortemente utilizada na formação de técnicos, para uma abordagem dialógica em que se articulam tarefas e recursos cognitivos, afetivos e psicomotores” (NASCIMENTO, 2010, p. 816).

Segundo Perrenoud (1999), a competência é a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, capacidade está apoiada em conhecimentos, mas não limitada a eles. Para o autor, a competência busca responder às necessidades do mundo contemporâneo; constrói-se na formação, mas também nas diferentes situações do trabalho.

Lima (2004) destaca, na área de educação, três concepções de competência predominantes: 1) a combinação de atributos pessoais na busca de resultados específicos; 2) a coleção de atributos ou capacidades pessoais; e, 3) a relação de resultados observados ou esperados.

Segundo Oliveira (2004), competências sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para resolução dos problemas. Expressam-se na ação profissional, na relação com o outro, no dia-a-dia do trabalho (WITT, 2005).

Para auxiliar o desenvolvimento destas competências é preciso que o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) do programa possibilite o desenvolvimento de um perfil profissional onde as habilidades e conteúdos se articulem com o contexto da prática profissional (MORAES, 2003).

A RMS é um processo de formação a partir da inserção direta no trabalho cotidiano e deve contribuir para o desenvolvimento das competências necessárias para o desempenho das atividades em contexto multiprofissional.

As cinco categorias gerais de fatores no processo de ensino-aprendizagem do trabalho em equipe definidas por Bruscato et al.(2004): a) fatores extra-hospitalares, b) fatores intra-hospitalares, c) fatores relativos ao trabalho, d) fatores relativos ao grupo; e, e) fatores relativos ao indivíduo. Além destes fatores, devem-se considerar aqueles fatores que são pertinentes a cada profissão em si, por exemplo, na forma como cada profissional visualiza a função dos demais.

Diante destes fatores, em geral os PPC's presentes nas instituições hospitalares brasileiras são norteados nos princípios e diretrizes do SUS, “visando promover aos residentes uma visão ampliada do processo saúde-doença que seja convergente a uma atuação ética e integral, sem negligenciar a premissa da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, com foco na atenção hospitalar” (MENDES, 2011, p. 130).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, por meio de um conteúdo teórico-prático específico da saúde coletiva, visa à capacitação profissional via treinamento em serviço onde os residentes desempenham funções integradas às equipes de atenção primária a saúde, atenção secundária e hospitalar, com o intuito de entender de maneira crítica, os diferentes fatores que influenciam o processo saúde-doença, visando o aprimoramento das condições de vida da população.

2.1 Formação Interprofissional em Saúde.

O Ensino Interprofissional em Saúde pode ser conceituado como uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente (UNIFESP, 2009). É considerado um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão (AGUIAR-DA-SILVA et al., 2011).

De forma geral, o ensino interprofissional é implementado por meio de programas especiais onde se busca proporcionar condições de inserção em contextos reais de aprendizagem, por meio de ações em diferentes comunidades, integração aos serviços de saúde, aprendizado das ações preventivas e de promoção da saúde, e atuação em equipes interprofissionais constituídas por estudantes de diferentes áreas desde o início da formação (AGUIAR-DA-SILVA et al., 2011).

Nessa perspectiva, torna-se importante o desenvolvimento da capacidade de trabalho em equipe, observação do meio sociocultural, identificação das características da população local, bem como de suas demandas (AGUIAR-DA-SILVA et al., 2011).

As peculiaridades do setor saúde tornam especialmente interessantes o estudo da formação interprofissional, uma vez que apresenta grande especialização em categorias e

procedimentos e, ao mesmo tempo, vem sendo pressionado para diminuir a fragmentação de suas abordagens aos pacientes, seja por razões de eficácia, seja pela necessidade de equacionamento de custos. Trata-se, ainda, de um setor no qual prevalecem profissionais liberais de várias formações que obedecem e, frequentemente, privilegiam orientações exteriores à organização, como aquelas provenientes dos conselhos de classe. Além disso, os membros das equipes de saúde atuam sobre problemas de extrema complexidade, realizando tarefas interdependentes e sobre as quais possuem controle relativo e cujos desdobramentos são sempre incertos, já que são condicionados por vários fatores (D'AMOUR, 1997).

Alguns estudos têm demonstrado que dentre as diferentes categorias profissionais predomina a tendência em satisfazer suas aspirações e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração profissional (D'AMOUR, 1997). Tal postura espelha a própria constituição das profissões que possuem em comum os interesses pragmáticos de garantia de mercado de trabalho. Conforme ensinam estudos realizados pela sociologia das profissões, o profissionalismo constitui-se na história como estratégia de retenção do conhecimento, buscando torná-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e assim garantindo reserva de mercado (MACHADO, 1995).

Conforme discutido por Almeida Filho (1997), a interdisciplinaridade ou a formação interprofissional não se efetiva por meio de princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos de pesquisadores bem intencionados. A troca efetiva e a colaboração entre disciplinas e profissões serão possíveis somente pela ação de agentes concretos que irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas. Como ilustrado pelo autor, é somente por meio da concretude dos aparelhos cognitivos de indivíduos que transitam em diferentes áreas que ocorrerão os diferentes graus de interação e colaboração entre disciplinas e profissões.

Segundo Carpenter (1995), a convivência e a educação interprofissional modificam atitudes e percepções negativas entre os profissionais de saúde remediando falhas na confiança e comunicação. Freeth (2002), também, aponta que esta estratégia propicia maior conscientização e preparo para a prática, contribuindo para a socialização entre os profissionais de saúde. Cooper et al. (2005), avaliando a educação interprofissional com estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional na Universidade de Liverpool, constataram o desenvolvimento de maior confiança e reforço da identidade profissional.

A construção e a organização de uma gestão da educação na área da saúde podem se servir das proposições conhecidas como o “Quadrilátero da Formação em Saúde”.

2.2 Quadrilátero da formação em saúde

Na imagem de um quadrilátero para a formação em saúde: ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social se articulam para construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade. É fato que essa ação necessita gerar mudanças (desejo 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 (SILVA; SENA; GRILLO; HORTA, 2010).

Para que o trabalho em saúde seja palco de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente – afirmam Ceccim e Ferla (2005) – é necessária a presença de análise e ação relativa em relação à formação, à atenção, à gestão e à participação. Trata-se, aqui, de um contexto onde o sistema produtor de saúde é construído, ao invés de um sistema prestador de assistência. Entendem os autores que as ações de educação permanente entregam aos alunos, trabalhadores e usuários, um sistema abrangente, ao passo

que a implementação de práticas previamente selecionadas, onde “as informações são empacotadas e despachadas por entrega rápida às mentes racionalistas dos alunos, trabalhadores e usuários” (CECCIM; FERLA, 2005, p.7), geram um estreitamento do sistema.

Destarte, uma política de educação permanente em saúde reúne diferentes atores, cada qual desempenhando um papel relevante na construção de sistemas locais de saúde. “No Brasil, essa é a política atual do SUS para a educação em saúde e, portanto, a diretriz para os atores que atuam na área” (CECCIM; FERLA, 2005, p.7).

Pode-se extrair daí a noção de que a interação entre os segmentos da formação em saúde deveria “permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão” (CECCIM, 2005, p.166).

É aqui que o quadrilátero da formação se encaixa, como elementos analisadores da educação permanente em saúde. Podem-se elencar as ideias que estão associadas a cada eixo desse quadrilátero:

a) análise da educação dos profissionais de saúde: visa mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;

b) análise das práticas de atenção à saúde: visa construir novas práticas de saúde, observados os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;

c) análise da gestão setorial: busca configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários; e,

d) análise da organização social: visa verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

É necessário, para o sucesso das políticas em saúde, revisar e criticar, constantemente, o papel das práticas educativas no processo educacional, especialmente quando se trata de processos dinâmicos de ensino, onde o conhecimento formal (apregoadado pela comunidade científica) se mistura com o saber apreendido pelos profissionais operadores da realidade (os profissionais em atuação). Essa prática, quando bem executada, viabiliza a autoanálise e autogestão, “pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas” (CECCIM, 2005, p.166).

A proposta de ensino com base no quadrilátero da educação remete à autoanálise e à autogestão dos procedimentos com o objetivo de mover o foco do processo da simples execução de procedimentos, como se estes integrassem apenas o tratamento de um quadro fisiopatológico, para um processo que permita incorporar tecnologias e referenciais importantes, como espaços de discussão, análise e reflexão do cotidiano do trabalho.

Prescreve a “Educação Permanente em Saúde”, como descrito por Ceccim (2005), as práticas de:

- a) Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão;
- b) Abrir os serviços como lugares de produção e de subjetividade; e,
- c) Tomar as relações como produção, como lugar de problematização.

Esse modelo de educação leva os participantes a um contexto de produção de subjetividade, onde as personagens do processo buscam a ampliação não só dos

conhecimentos, mas da produção dos mesmos, agindo como partícipes do processo de criação e não apenas como replicadores de modelos hegemônicos.

Assim, como atores ativos das cenas de formação e trabalho, os eventos criados e acompanhados durante o aprendizado acabam por modificar estes atores de forma a afetar o modo como realizam a ação. Os atores passam a um estado de constante produção, atuando em problemas reais, pessoas reais e equipes reais. Tal compreensão da realidade encontra ressonância nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da saúde.

2.3 Diretrizes Curriculares Nacionais

A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da saúde ocorreu em momento privilegiado da sociedade brasileira. Por um lado, a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu um sistema único de saúde regionalizado, hierarquizado, descentralizado, voltado para o atendimento integral e com participação da comunidade. Por outro lado, a homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, permitiu a flexibilização dos currículos. Diversos atores sociais contribuíram para a elaboração das DCN em todo o país.

Uma audiência pública, no ano de 2001, foi realizada com o objetivo principal de apreciar as propostas apresentadas para as DCN's da área de saúde. Houve participação de vários atores, como o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, o Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, os Conselhos Profissionais, as Associações de Ensino, as Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC e outras entidades organizadas da sociedade civil, como a Rede Unida. A aprovação das diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde ocorreu entre os anos de 2001 e 2004.

O objetivo principal das diretrizes curriculares é construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos. A formação de recursos humanos para as profissões da área da saúde deve pautar-se no entendimento que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Espera-se que o graduado adquira competências gerais (elementos comuns que são complementados pelas competências específicas) - não mais apenas com foco nos aspectos cognitivos, mas com o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas e humanistas.

No que concerne a atenção à saúde, as DCN's preconizam que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004b).

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

Ainda neste contexto, a DCN prevê que os profissionais realizem seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004b).

É esperado que as competências desenvolvidas pelos graduandos abordem todos os níveis, fazendo com que ele - o graduado - seja capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde e de valorizar prioritariamente as necessidades de saúde da população, com ênfase na ação preventiva, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (Resoluções nº 03, 04/2001 e nº 03/2002, Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação, entre outras) representaram importante avanço alcançado, a partir da construção coletiva, pelo movimento da Reforma Sanitária, clamando por mudanças no modelo de formação dos profissionais da saúde, na perspectiva do atendimento às necessidades sociais da população brasileira, da formação de um profissional generalista, reflexivo, e comprometido com os princípios do SUS, da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde.

2.4 Políticas Indutoras em Saúde: a Residência Multiprofissional em Saúde

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº1. 077, de 12 de novembro de 2009, é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sociais e epidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa.

O artigo primeiro, da Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, fala sobre a duração e a modalidade da pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde:

“Art. 1º A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos” (PI Nº 1.077, 12/11/2009).

A norma a que se refere o artigo um, da Portaria Interministerial Nº 1.077, determina que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde sejam orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, sempre adequados às necessidades e regionalidades. Nesse contexto, a Portaria Interministerial destaca como eixos norteadores:

I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;

II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;

III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;

IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;

VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;

VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;

IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;

XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;

XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Segundo Clemente et al. (2008), havia 22 programas de residência multiprofissional em funcionamento no Brasil, no ano de 2005, financiados pelo Ministério da Saúde, totalizando 1.558 residentes de várias categorias com um investimento de quase 50 milhões de reais.

Como os cursos de graduação têm apresentado fragilidades na formação de profissionais, a especialização

“[...] por meio da Residência, transformou-se em complementação indispensável para a prontidão para o exercício profissional, pois é somente aí, depois da

graduação, que existe a possibilidade de aquisição de habilidades e a incorporação de conhecimentos específicos acompanhados dos necessários critérios de importância, relevância e de maneira articulada com a prática [...]” (FEUERWERKER, 2009).

Feuerwerker (2012, p. 25) disse: “A formação dos trabalhadores, bem como a prática real do mundo do trabalho, são fortemente influenciados pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde dos profissionais”. Destarte, os indivíduos, prossegue o autor (FEUERWERKER, 2012) são moldados pelas vivências, concepções, ideias sobre saúde e outros aspectos políticos e culturais. Assim, os profissionais exercem o cuidado em saúde de forma diferente, influenciados por fatores diversos e fica estabelecida uma disputa entre o ideal apregoado pelo sistema e o exercício cotidiano dos profissionais de saúde.

2.5 Objetivos

2.5.1 Objetivo Primário

Avaliar a presença de indicadores de trabalho em equipe, de inter ou multidisciplinaridade, de habilidades e competências básicas descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em saúde, bem como da presença dos quatro elementos dos eixos propostos pelo “Quadrilátero da Formação em Saúde” na produção científica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas de Goiânia/UFG.

2.5.2 Objetivo Secundário

Avaliar a produção técnico científica, segundo os seguintes indicadores: Inter ou Multidisciplinaridade no Objeto e/ou na Metodologia, Ensino, Gestão Setorial, Práticas de Atenção à Saúde, Controle Social, Trabalho em Equipe, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento e Tomada de Decisão.

3 METODOLOGIA

Adotou-se, nesta pesquisa, a pesquisa descritiva e exploratória, conforme a classificação apresentada por Gil (2001) e Demo (1994 e 2000), onde a produção técnico-científica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás é avaliada quanto à presença da inter ou multidisciplinaridade.

Desta forma, esta pesquisa apresenta uma análise qualitativa dos trabalhos de conclusão de curso dos egressos do PRMSHC, com foco na identificação dos procedimentos descritos pelos residentes, em face da interdisciplinaridade presente na condução dos casos.

3.1 Abordagem Qualitativa

Este estudo utiliza uma abordagem qualitativa, baseada em análise documental que, segundo Minayo (2010, p. 57):

“(...) é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e documentos”.

O método qualitativo busca entender o significado de um fenômeno conforme apregoam os conceitos trazidos pelas ciências humanas. É este significado que as pessoas dão aos fenômenos e situações que norteiam o modo como organizam suas vidas e ações diante destes mesmos fenômenos e situações. Conclui-se, daí, que o importante é o significado dos fenômenos, mais do que os fenômenos em si, pois é o significado que tem um papel organizador para a humanidade (TURATO, 2005).

De acordo com Minayo e Sanches (1993, p. 244):

“A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve de empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”.

A observação do fenômeno estudado realizada no ambiente natural em que ele acontece, sem o controle de variáveis, constitui uma das características da pesquisa qualitativa. O pesquisador é o próprio instrumento da pesquisa. A sua consciência, que apreende e interpreta o objeto de estudo, possibilita que este se aprofunde e compreenda a questão de estudo na sua essência (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa não tem como propósito a generalização dos resultados, o consumidor da pesquisa deve verificar se as reflexões alcançadas poderão ser utilizadas para o entendimento de novos casos em outras situações. Para Martins e Bicudo (2005, p. 21), o pesquisador “[...] substitui as correlações estatísticas pelas descrições individuais e as conexões causais objetivas pelas interpretações subjetivas oriundas das experiências vividas”.

Os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos. Existe, ainda, uma diversidade entre os trabalhos qualitativos e pode-se enumerar um conjunto de características essenciais capazes de identificar uma pesquisa desse tipo, como apregoa Godoy (1995a, p.62): “1) o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; 2) o caráter descritivo; 3) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador; e, 4) enfoque indutivo.”

O desenvolvimento de um estudo de pesquisa qualitativa está calcado em um corte temporal-espacial relacionado a um fenômeno. Esse corte define o campo e a dimensão nos quais o trabalho será desenvolvido (NEVES, 1996). Ademais, o trabalho de descrição tem

caráter fundamental em um estudo qualitativo, pois é por meio dele que os dados são coletados (MANNING, 1979).

Godoy (1995b, p.21) aponta a existência de, pelo menos, três diferentes possibilidades oferecidas pela abordagem qualitativa: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia.

Neves (1996, p.3), afirma que “a pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar”. Esse tipo de pesquisa pode oferecer uma base útil para outros tipos de estudos qualitativos e, ainda, possibilita que o pesquisador conduza a investigação por diferentes enfoques.

Nesse sentido, optou-se pela abordagem qualitativa neste trabalho, por meio de pesquisa documental com corte temporal-espacial. Os trabalhos analisados nesta pesquisa limitam-se aqueles publicados no PRMSHC no ano de 2012.

A escolha da pesquisa qualitativa justifica-se pela necessidade de analisar os textos em busca da presença de indícios, muitas vezes, implícitos nos textos dos artigos analisados. De outro lado, a pesquisa limitou-se ao ano de 2012 por ser o mais recente à disposição, bem com aos artigos publicados pelos discentes do PRMSHC por ser este o programa de residência multiprofissional em saúde da cidade de Goiânia, fato que proporcionou facilidade de acesso aos dados relacionados ao programa educacional.

3.2 Caracterização do *Corpus* Analisado

O material analisado foi constituído de 20 trabalhos de conclusão de curso de pós-graduação, relacionados na Tabela 1

Tabela 1. Estes trabalhos refletem a produção técnica do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas de Goiânia, no ano de 2012.

Todos os trabalhos foram obtidos em meio digital junto à Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da UFG e, posteriormente, impressos para a realização do processo de coleta de dados.

Não houve a aplicação de critérios de exclusão, utilizando-se toda a amostra para a realização da pesquisa.

Tabela 1 - Lista de Trabalhos Analisados

| Nº | Referência |
|----|---|
| 1 | PESSOA, A.C.N. Prevalência de Disfagia em Pacientes Adultos e Idosos Diagnosticados por Videodeglutograma (Vd) nos Anos de 2010 e 2011 em um Hospital Universitário. 2012. |
| 2 | MANGILE, A. P. Perfil Socioeconômico Das Gestantes E Parturientes Adolescentes Atendidas Na Clínica De Ginecologia E Obstetrícia Do Hospital Das Clínicas/Ufg No Ano De 2011. 2012. |
| 3 | ATAÍDE, D. S. Perfil Clínico E Atuação Fisioterapêutica Em Pacientes Atendidos Na Emergência De Um Hospital Público De Goiás. 2012. |
| 4 | COSTA, H. I. Perfil Das Solicitações De Exames Laboratoriais E O Impacto Orçamentário No Serviço De Urgência E Emergência De Um Hospital Universitário. 2012. |
| 5 | GODINHO, J. C. M. G. Prevalência De Ganho Ponderal Excessivo Na Gestação E Fatores Associados. 2012. |
| 6 | FILIPINI, K. Aceitação Da Dieta Hipossódica Com Sal De Cloreto De Potássio (Sal Light) Em Pacientes Internados Em Um Hospital Público. 2012. |
| 7 | FARIA, K. C. F. Perfil Clínico E Fonoaudiológico De Pacientes Atendidos Na Unidade De Urgência E Emergência De Um Hospital Universitário, 2012 |
| 8 | VIANA, K. A. V. Hábitos Relacionados À Saúde Bucal Em Crianças Nascidas Prematuras: Uma Preocupação Para Equipes Multiprofissionais De Saúde |
| 9 | DUTRA, K. V. A. Prevalência Do Aleitamento Materno Exclusivo E Fatores Associados Em Um Hospital Universitário De Goiânia (GO), Brasil. |
| 10 | MOREIRA, L. S. M. Linfoma Não-Hodgkin Difuso De Grandes Células B Com Manifestação Em Mandíbula: Relato De Caso. |
| 11 | WOVST, L. R. Multidisciplinaridade: Percepção Interprofissional Em Uma Maternidade Pública De Alto-Risco |
| 12 | PRADO, L. F. Fratura Em Mandíbula Atrófica Decorrente De Osteomielite Crônica Em Paciente Sistemicamente Comprometido – Relato De Caso Clínico. |
| 13 | EUZEBIO, L. F. Atuação Do Residente Cirurgião-Dentista Em Equipe Multiprofissional De Atenção Hospitalar À Saúde Materno-Infantil. |

| Nº | Referência |
|----|---|
| 14 | FERRARESI, M. F. Prevalência E Fatores Associados Ao Baixo Peso Ao Nascer Em Uma Maternidade Escola De Goiânia, Goiás |
| 15 | NUNES, M. F. Trabalho Em Equipe: Percepção Interprofissional De Uma Clínica Pediátrica |
| 16 | CIPRIANO, M. P. Burnout Em Profissionais Do Serviço De Urgência e Emergência De Um Hospital Universitário. |
| 17 | TAQUARY, S. A. S. Perfil Clínico e Atuação Fisioterapêutica em Pacientes Atendidos na Emergência Pediátrica de um Hospital Público em Goiás |
| 18 | FERREIRA, S. D. R. O Perfil Socioeconômico Das Usuárias Adultas Atendidas Na Clínica De Ginecologia E Obstetrícia Do Hospital Das Clínicas Da Universidade Federal De Goiás |
| 19 | GOMES, T. D. Manejo Odontológico Em Paciente Com Queimadura Oral Por Ingestão De Soda Cáustica - Relato De Caso |
| 20 | MELO, V. V. Qualidade Da Prescrição De Medicamentos Potencialmente Perigosos E A Segurança Do Paciente Na Urgência Pediátrica |

3.3 Produção de Dados.

Foram realizadas leituras dos trabalhos, com o objetivo de produzir um fichamento dos mesmos, conforme itens presentes no Anexo1 – Modelo da Ficha Individual de Análise. Os trabalhos foram lidos por completo em três momentos distintos, sendo que cada momento destinou-se a concentrar a coleta de dados de forma diferente da anterior. Na primeira leitura, os dados essenciais de identificação, bem como os dados relacionados exclusivamente ao trabalho em tela foram coletados: nome dos autores, título do artigo, formação profissional do autor, a modalidade, o tipo de estudo, os objetivos, os dados dos participantes da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, bem como os principais resultados obtidos pela pesquisa.

Em uma segunda leitura dos trabalhos, o foco voltou-se para a obtenção de dados que envolveram o quesito de interdisciplinaridade, tais como os indicadores de inter ou

multidisciplinaridades no objeto e na metodologia de cada estudo. Além destes, buscou-se a presença, no texto, de indicadores de trabalho em equipe.

Na terceira e última leitura dos trabalhos, a preocupação principal foi a de encontrar indicadores – por meio de textos que demonstrassem a presença dos conceitos ora analisados – sobre o chamado “Quadrilátero da Formação” (Ensino, Gestão Setorial, Práticas de Atenção à Saúde e Controle Social), bem como indicadores de Competências e Habilidades Básicas, conforme apregoado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, quais sejam: Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento, Atenção à Saúde, Tomada de Decisão e Educação Permanente.

A cada etapa do processo de leitura, anotaram-se os dados obtidos na “Ficha Individual de Análise”, conforme modelo do Anexo I.

3.4 Análise dos Dados.

Após a coleta de dados, a pesquisa concentrou-se na análise dos mesmos. Para tanto, utilizou-se da análise qualitativa dos dados objeto de estudo e outros dados complementares.

Os dados obtidos a partir das leituras sistemáticas foram agrupados em duas categorias: Caracterização e Análise.

A categoria Caracterização destina-se a fornecer dados para a identificação do trabalho, a saber:

- 1) Categoria de Caracterização
 - 1.1) Modalidade de Artigo (pesquisa teórica, relato de pesquisa, pesquisa empírica)
 - 1.2) Tipo de Estudo (qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo).
 - 1.3) Objetivo Primário
 - 1.4) Número de Participantes
 - 1.5) Sexo dos Participantes

- 1.6) Características dos participantes (profissional, paciente, família)
- 1.7) Critério de Inclusão
- 1.8) Critério de Exclusão
- 1.9) Cenário de Pesquisa (Institucional x Inter-Institucional)
- 1.10) Instrumentos
- 1.11) Principais Resultados

A categoria de Análise destina-se a identificar, de forma qualitativa, a presença de inter ou multidisciplinaridade no objeto e/ou na metodologia do trabalho analisado, se há a presença dos eixos do quadrilátero da formação, bem como das competências e habilidades para a formação em saúde descritas nas diretrizes curriculares nacionais. Assim, as Categorias de Análise utilizadas neste estudo foram:

- 2) Categoria de Análise
 - 2.1) Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade
 - 2.1.1) no objeto
 - 2.1.2) na metodologia
 - 2.2) Indicador do Quadrilátero da Formação
 - 2.2.1) Ensino
 - 2.2.2) Gestão Setorial
 - 2.2.3) Práticas de Atenção à Saúde
 - 2.2.4) Controle Social
 - 2.3) Indicador de trabalho em equipe
 - 2.4) Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's)
 - 2.4.1) Comunicação
 - 2.4.2) Liderança

2.4.3) Tomada de Decisão

2.4.4) Educação Permanente

3.5 Indicadores

Os indicadores foram criados para permitir a coleta de dados padronizada e a avaliação da existência de indícios de inter ou multidisciplinaridade, bem como a presença dos eixos relacionados ao “Quadrilátero da Formação em Saúde”, do trabalho em equipe e das Competências e Habilidades Básicas apregoadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Estes indicadores foram obtidos a partir da leitura dos textos, com base subjetiva, onde cada indicador assumiu o valor “S” para “sim, há indícios desta característica”, ou “N”, quando não foi percebida a presença do item analisado.

Foi considerado presente, a citação do indicador, ainda que o mesmo não tenha refletido ato ou ação direta na pesquisa em questão. Por exemplo, ao comentar o trabalho em equipe, considerou-se que o autor demonstrou preocupação com o tema e isto garantiu a presença do indicador no trabalho. Para corroborar a anotação, páginas e parágrafos contendo textos que evidenciam o indicador foram anotados na ficha de análise do trabalho, para futuras referências. Entretanto, não se trata de uma indicação de textos exaustiva, mas, sim, exemplificativa. É possível, portanto, que existam outros trechos que demonstram a presença do indicador em referência.

3.5.1 Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade no Objetivo

Este indicador é assinalado como presente no trabalho analisado quando é encontrado algum indício de Inter ou Multidisciplinaridade no texto intitulado como objetivo da pesquisa.

Considera-se que exista a presença da Inter ou Multidisciplinaridade no objetivo quando este indica a participação de outros profissionais na consecução dos objetivos da pesquisa.

3.5.2 Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade na Metodologia

Este indicador é assinalado como presente no trabalho analisado quando é encontrado algum indício de Inter ou Multidisciplinaridade no texto relacionado à metodologia do trabalho avaliado.

Considera-se que exista a presença da Inter ou Multidisciplinaridade na metodologia quando este indica a participação de outros profissionais na metodologia empregada para a realização do trabalho analisado.

Isto equivale a dizer que a metodologia de pesquisa escolhida apresenta fatores multidisciplinares, como a troca de informações entre profissionais, atividades e procedimentos relacionados ao trabalho executadas por profissionais com formação diversa da formação profissional do autor.

3.5.3 Indicadores do Quadrilátero da Formação em Saúde

O indicador “Quadrilátero da Formação em Saúde” procura associar o ensino com suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. Estes eixos visam à educação permanente em saúde, propondo a análise e a ação simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas em que as informações são empacotadas e despachadas por entrega rápida às mentes racionalistas dos alunos, trabalhadores e usuários, as ações de ‘educação permanente’

desejam os corações pulsáteis dos alunos, dos trabalhadores e dos usuários para construir um sistema produtor de saúde (uma abrangência), e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento). Uma política de ‘educação permanente em saúde’ congrega, articula e coloca em roda diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde. No Brasil, essa é a política atual do SUS para a educação em saúde e, portanto, a diretriz para os atores que atuam na área.

O indicador do quadrilátero da formação em saúde visa identificar a presença dos quatro aspectos relacionados ao “Quadrilátero da Formação em Saúde” (ensino, práticas de atenção à saúde, gestão setorial e organização social). As evidências destes aspectos são consideradas presentes no trabalho analisado quando se depreendem da leitura do mesmo, tais aspectos.

O eixo “ensino” fomenta a produção de conhecimento dos serviços e a produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade, mudando o enfoque tradicional (biologicista, centrada no professor) para uma visão construtivista, de problematização das práticas e dos saberes.

O eixo “práticas de atenção à saúde” visa à construção de novas práticas de saúde, e é considerado presente no trabalho quando este aponta a evolução das práticas terapêuticas, incluindo a participação dos usuários no planejamento. O profissional, quando alinhado com a atenção à saúde demonstra:

- Ter conhecimento para realizar consulta, fazer diagnóstico, prescrever e encaminhar para outros níveis de atenção à saúde;
- Ter visão de saúde integral, humanista e ampliada do processo saúde-doença (do social, familiar, da economia, política e educação);
- Reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado, necessitando também de envolvimento;
- Reconhecer-se como agente de saúde e fonte de recursos para comunidade;
- Desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;
- Transmitir confiança e ter postura aberta, sensível, acolhedora, atenciosa, afetuosa, facilitadora e interessada pelo paciente e seus problemas.

Considerou-se como presente o trabalho o eixo “gestão setorial”, se a pesquisa aponta a configuração da rede de serviços ou inclui a avaliação da satisfação do usuário. Além disso, esta competência envolve:

- Ter conhecimento sobre gestão e gerenciamento de recursos;
- Ser capaz de construir um plano de ação/realizar um planejamento estratégico;
- Saber planejar e organizar o trabalho a partir da incidência e prevalência de casos.

O eixo “controle social” é aquele que considera como parte da educação do profissional a atenção as lutas da sociedade por saúde, bem como a construção do atendimento às necessidades sociais por saúde. Esta pesquisa não considerou o engajamento em movimentos sociais nos trabalhos estudados, ainda que se perceba a preocupação e atenção dos profissionais com as questões do direito à saúde e promoção social da saúde pública.

3.5.4 Indicador Trabalho em Equipe

Este indicador foi construído para permitir visualizar a presença do trabalho em equipe na produção de trabalhos científicos com enfoque inter ou multidisciplinar. A presença do trabalho em equipe foi buscada no texto por meio de citações e preocupações com esta modalidade de trabalho, bem como meio de ações combinadas entre profissionais com o intuito de obter a melhor resposta para as terapias adotadas.

São consideradas características da competência “trabalhar em equipe” no contexto desta pesquisa:

- Trabalhar em equipe, discutir casos e o plano de cuidados;
- Reconhecer o saber dos profissionais da equipe e valorizar seus conhecimentos e opiniões;
- Estar aberto para “trocar” com outros profissionais e para agregar pessoas; e,
- Exercer liderança, sem autoritarismo.

3.5.5 Indicador de Competências e Habilidades Básicas apregoadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais

São seis as diretrizes curriculares nacionais para o desenvolvimento de habilidades gerais dos cursos da área de saúde: Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento, Atenção à Saúde, Tomada de Decisão e Educação Permanente.

Todas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no Brasil, implantadas após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei 9394/1996), apontam para um currículo orientado por competências, principalmente a educação profissional e os cursos na área de saúde. A proposta é mudar do projeto pedagógico tradicional, convencional ou informacional para o projeto pedagógico orientado por competências.

Carbone (2006, p. 11), ensina que “a competência é o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para exercer determinada atividade e também o desempenho expresso pela pessoa em determinado contexto”. Nesse sentido, a competência relaciona-se ao “saber fazer algo” e envolve uma série de habilidades. Pode-se concluir que as competências, por se tratar de procedimentos, de atuação, só existem em situações concretas e não podem ser aprendidas apenas pela comunicação de ideias.

Essas competências desenvolvem-se e são incorporadas ao processo de formação a partir da vivência cotidiana nos serviços de saúde, ou seja, no mundo do trabalho (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Adotaram-se, neste trabalho, indicadores para avaliar a presença de quatro das DCN's gerais, uma vez que dois dos temas das DCN's gerais foram estudados por meio dos indicadores do Quadrilátero da Formação em Saúde (Administração e Gerenciamento e Atenção à Saúde) os indicadores adotados para a categoria Diretrizes Curriculares Nacionais.

A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação. O indicador “DCN: Comunicação” denota a presença das competências a seguir.

- Saber ouvir com empatia, respeito e valorização do interlocutor;
- Respeitar as diferenças e estabelecer diálogo;
- Ter habilidade para abordar o usuário;
- Dominar as tecnologias leves e ter habilidade nas relações interpessoais.

O indicador “DCN: Liderança”, baseado nos ensinamentos de Prado (2012), foi considerado presente no trabalho analisado quando este demonstrou a aplicação da competência de liderança ao conduzir os trabalhos da equipe navegando em diversas áreas e utilizando o conhecimento técnico dos membros da equipe para a consecução dos objetivos.

O indicador “DCN: Tomada de Decisão” está relacionado às habilidades desenvolvidas para a tomada de decisão. O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada. Este indicador foi considerado presente no trabalho analisado quando este demonstrou que o(s) autor(es) tomaram decisões acerca dos procedimentos a serem implementados e/ou da condução dos casos.

“DCN: Educação Permanente” é um indicador que visualiza o desenvolvimento da competência que os profissionais possuem em manter-se atualizados e motivados a enfrentar os desafios cotidianos. São habilidades desejáveis neste contexto:

- Reconhecer as limitações do saber e da ação profissionais, aprendendo com os erros do dia-a-dia e buscando atualização, informação e instrumentalização permanentes;
- Reconhecer que a Educação Permanente deve acontecer no dia-a-dia: na reunião de equipe, na supervisão, na visita;
- Reconhecer o trabalho como lócus de produção de saber;

- Reconhecer que a teoria respalda a prática e que ambas se correlacionam problematizando a realidade;
- Reconhecer que a aquisição de conhecimentos é permanente e que também se adquire nas relações familiares, profissionais e na prática.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em dois eixos: caracterização dos documentos da pesquisa e indicadores. Este último se subdivide em indicador da presença de inter ou multidisciplinaridade no objetivo, indicador da presença de inter ou multidisciplinaridade na metodologia, indicador ensino, indicadores da presença do quadrilátero da formação em saúde (ensino, gestão setorial, práticas de atenção à saúde e controle social), indicadores da presença das diretrizes curriculares nacionais (comunicação, liderança, tomada de decisão e educação permanente).

4.1 Caracterização dos Documentos da Pesquisa

Um total de 20 Trabalhos de Conclusão de Curso, em formato de artigo científico, submetidos à revistas reconhecidas no meio acadêmico foi analisado. Deste total, 25% (n=5) foram desenvolvidos por odontólogos, 15% (n=3) por fonoaudiólogos, 15% (n=3) por Psicólogos, 10% (n=2) por com formação em Serviço Social, 10% (n=2) por Fisioterapeutas e, ainda, 10% (n=2) por Nutricionistas, 5% (n=1) por profissional com formação em Biomedicina, 5% (n=1) por farmacêutico e 5% (n=1) por enfermeiro. Constitui, ao todo, nove profissões distintas (Tabela 2).

Os trabalhos não compartilham da mesma forma e/ou formato de pesquisa, sendo que a maioria da produção analisada é a pesquisa empírica, com dados extraídos do cotidiano hospitalar. Dezesete (85%) dos artigos adotaram a pesquisa empírica como tipo de pesquisa. Os demais artigos (15%) foram classificados como Pesquisa Prática, por se tratar de artigo em formato de “Relato de Caso”, onde os autores relatam casos em que os autores participaram ativamente, intervindo na realidade social.

Tabela 2 - Características dos TCCs do PRMSHC do ano 2012 analisados (n=20)

| Formação Profissional | N | % |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Biomedicina | 1 | 5 |
| Enfermagem | 1 | 5 |
| Farmácia | 1 | 5 |
| Fisioterapia | 2 | 10 |
| Fonoaudiologia | 3 | 15 |
| Nutrição | 2 | 10 |
| Odontologia | 5 | 25 |
| Psicologia | 3 | 15 |
| Serviço Social | 2 | 10 |
| TOTAL | 20 | 100 |
| Modalidade da Pesquisa | N | % |
| Empírica | 17 | 85 |
| Prática | 3 | 15 |
| TOTAL | 20 | 100 |

O número total de sujeitos envolvidos nas pesquisas foi de 3.833 (Tabela 3), desconsiderando-se o trabalho 4, que se utilizou de exames de pacientes (em número de 52.185) como fonte de dados da pesquisa. Este dado representa uma média de 201,7 participantes por trabalho, dos quais 65,2% são do sexo feminino, 25,6% são do sexo masculino e 9,2% dos participantes não informaram o sexo (ou não foi possível obter a informação).

Estes participantes, por vezes, foram representados por suas fichas e anotações em livros e outros documentos internos da instituição. Além disso, observa-se que em 100% da amostra o cenário das pesquisas foi, exclusivamente, o Hospital das Clínicas, ou seja, não houve pesquisa Interinstitucional.

Tabela 3 – Número de participantes segundo o sexo.

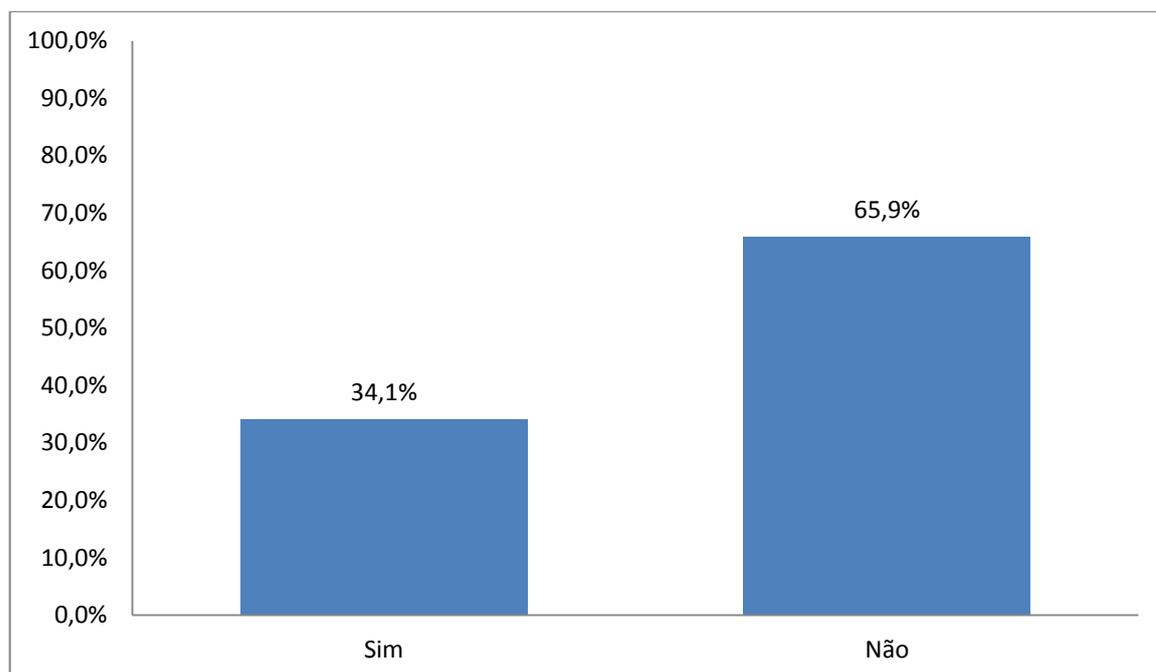
| Nº | Participantes | Masculino | Feminino | Não Informado |
|--------------|---------------|------------|-------------|---------------|
| 1 | 59 | 38 | 21 | |
| 2 | 782 | 0 | 782 | |
| 3 | 133 | 61 | 72 | |
| 5 | 164 | 0 | 164 | |
| 6 | 81 | 44 | 37 | |
| 7 | 150 | 93 | 57 | |
| 8 | 109 | 60 | 49 | |
| 9 | 383 | 213 | 170 | |
| 10 | 1 | 0 | 1 | |
| 11 | 23 | 3 | 20 | |
| 12 | 1 | 0 | 1 | |
| 13 | 740 | 220 | 269 | 251 |
| 14 | 383 | 214 | 169 | |
| 15 | 12 | 0 | 12 | |
| 16 | 48 | 11 | 37 | |
| 17 | 47 | 25 | 22 | |
| 18 | 616 | 0 | 616 | |
| 19 | 1 | 1 | 0 | |
| 20 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Total | 3833 | 983 | 2499 | 351 |

4.2 Indicadores

A Figura 1 mostra os indicadores de inter ou multidisciplinaridade, do trabalho em equipe, do quadrilátero da formação em saúde e das DCN's. Em três (15%) dos trabalhos analisados foram encontrados mais de 50% dos indicadores. O trabalho em equipe foi evidenciado em 65% (n=13) das pesquisas. No entanto, a inter ou multidisciplinaridade no objeto (e na metodologia) foi evidenciada em 20% (n=4) dos trabalhos.

Entre os trabalhos com maior número de indicadores de inter/multidisciplinaridade estão os trabalhos 11 e 13 (com um total de 10) e com menor número de indicadores, os trabalhos 10 e 14 (zero).

Figura 1 - Indicadores Gerais, Inter/Multidisciplinaridade, Trabalho em Equipe, Diretrizes Curriculares Nacionais e Quadrilátero da Formação



Os indicadores que refletem aspectos técnicos, bem como aqueles voltados para a área de atuação do profissional-autor do trabalho analisado obtiveram resultados mais expressivos. Do universo total de indicadores, aproximadamente um terço está presente nos trabalhos analisados. Deste montante, apenas os indicadores “Quadrilátero: Práticas de Atenção à Saúde”, “Quadrilátero: Controle Social” e o indicador de trabalho de equipe aparecem em mais de 50% dos trabalhos analisados.

Estes resultados corroboram com Japur, Loureiro, Campos e Munari (1992), quando afirmam que os programas acadêmicos de formação de profissionais não têm valorizado devidamente a utilização da abordagem teórico-vivencial como estratégia de aprendizado, uma vez que o planejamento do ensino na Universidade, geralmente, é voltado para a valorização do conhecimento técnico-científico. As mesmas autoras destacam que ao considerar apenas essa dimensão técnico-científica deixa-se de valorizar o processo de aprendizagem significativa definida por Moreno (apud JAPUR; LOUREIRO; CAMPOS e MUNARI, 1992, p.52) “como uma assimilação a mim mesmo daquilo que aprendo, em

contraposição a uma mera assimilação de conhecimentos e informações sem nenhuma conexão comigo”.

Observou-se que a baixa presença de inter ou multidisciplinaridade no objeto e/ou na metodologia dos trabalhos foi inversa à presença do indicador de trabalho em equipe. Em primeira análise, pode-se crer que existe um erro, porém, percebe-se que o trabalho em equipe está evidente nas pesquisas analisadas, ainda que, nestes mesmos trabalhos não exista um objetivo interdisciplinar ou uma metodologia que envolva todos os membros da equipe na consecução dos objetivos propostos. De modo geral, a participação multidisciplinar limita-se a um profissional norteador do trabalho, que conta com a participação de outros profissionais como consultores para assuntos específicos que, muitas vezes, não oferece troca de experiências.

Dessa forma, a interação é limitada, sem o objetivo de construção do conhecimento multiprofissional. A interdisciplinaridade aparece prejudicada neste contexto onde os indicadores Comunicação e Liderança, pertencentes ao grupo das diretrizes curriculares nacionais, foram encontrados em apenas 25% (n=5) dos trabalhos analisados.

O conjunto de respostas sobre o que é necessário para que a interdisciplinaridade aconteça passa por fatores relacionados à atitude individual, à existência de trabalho em equipe multiprofissional onde as profissões atuam de maneira integrada, à formação e à articulação dos saberes individuais e coletivos (SCHERER, 2006).

Nesse sentido, afirma Scherer (2006, p.137), a maioria dos fatores considerados necessários à consecução de um trabalho interdisciplinar estão no campo do que a autora chama de “Atitude Individual”, ou seja, “o sucesso do empreendimento interdisciplinar dependeria essencialmente da mobilização e do esforço de cada profissional, assumindo uma postura individual de comprometimento ético-político com o trabalho”.

Demo (1996) e Freire (1987) afirmam que quando a proposta de ensino não realizada na forma tradicional, formal, fechada, cria-se a possibilidade para que o aluno desenvolva mecanismos de solução e não simplesmente reproduza conhecimentos e comportamentos apresentados pelos professores. Complementando este raciocínio, Scherer (2006) afirma que o profissional deve ter “flexibilidade, humildade, interesse de olhar para o seu colega, de trocar ideias e construir algo no coletivo”, porque o trabalho coletivo, ainda que por meio de profissionais especializados, não obtém um resultado interdisciplinar, se cada qual não tem “o interesse de olhar para o seu colega, de trocar ideias, de construir algo em conjunto, de chegar a um objetivo em comum”.

Para obter resultados interdisciplinares eficientes é preciso que os profissionais envolvidos se relacionem, juntamente com a equipe técnica e com os usuários do sistema de saúde. Há que existir um grupo de trabalho com um objetivo comum, onde os partícipes “se desarmem, compartilhem o seu conhecimento, saibam ouvir, entender, levar um projeto adiante” (SCHERER, 2006, p.138).

Scherer (2006) evidencia a importância da atitude pessoal como elemento essencial para que a interdisciplinaridade ocorra no contexto hospitalar. Além disso, a integração do usuário no processo de atenção à saúde exige que o profissional procure compreender quais são as necessidades destes usuários e, assim, “buscar na originalidade de sua experiência os recursos para fazer face ao que é inédito em cada situação”. (SCHWARTZ, 2000, p.483).

A seguir, os resultados e discussão para cada indicador/grupo de indicadores são apresentados, bem como a sugestão de jogos para o desenvolvimento da característica em discussão.

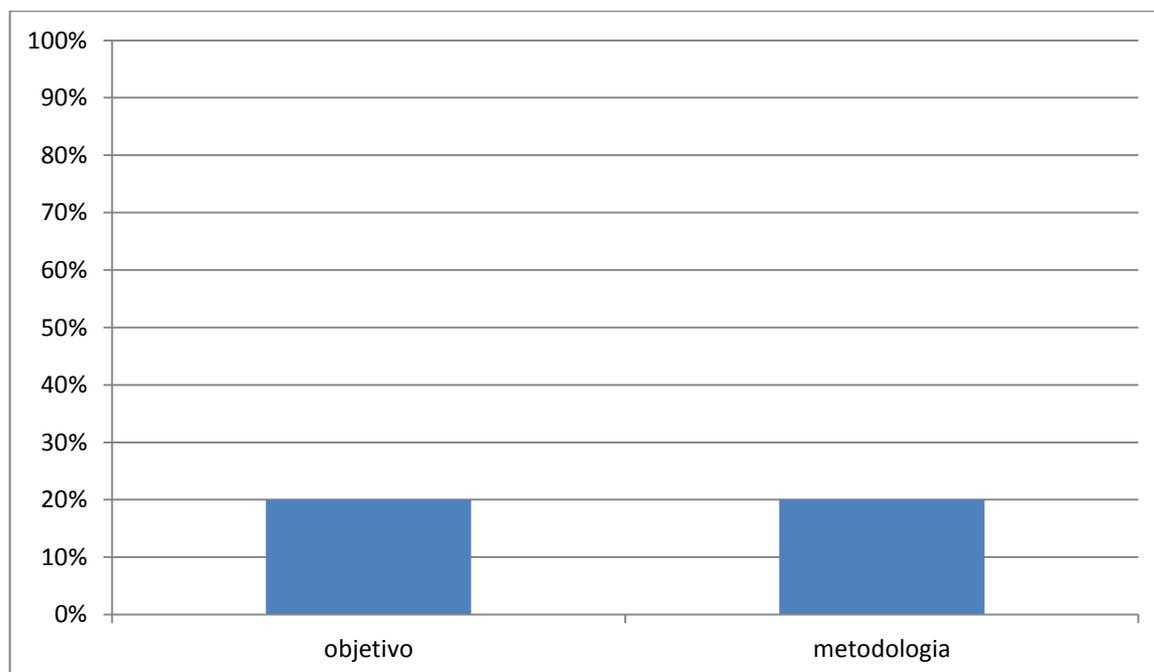
Quadro 1 – Indicadores de Inter ou Multidisciplinaridade, do Quadrilátero da Formação em Saúde, do Trabalho em Equipe, da DCN.

| Nº | Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Quadrilátero: Ensino | Quadrilátero: Gestão Setorial | Quadrilátero: Práticas de Atenção à Saúde | Quadrilátero: Controle Social | Indicador de trabalho de equipe | DCN: Comunicação | DCN: Liderança | DCN: Tomada de Decisão | DCN: Educação Permanente | TOTAL SIM | TOTAL NÃO |
|----------|---|---|----------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------|------------------------|--------------------------|-----------|------------|
| 1 | N | S | N | N | N | N | S | N | N | N | N | 2 | 9 |
| 2 | N | N | S | N | S | S | N | N | N | N | S | 4 | 7 |
| 3 | N | N | S | N | S | N | S | N | N | N | S | 4 | 7 |
| 4 | N | N | N | S | N | S | N | N | N | N | N | 2 | 9 |
| 5 | N | N | N | N | S | N | N | N | S | N | N | 2 | 9 |
| 6 | N | N | N | N | S | N | S | N | N | N | N | 2 | 9 |
| 7 | N | N | N | N | S | S | S | N | N | N | N | 3 | 8 |
| 8 | N | N | N | N | S | S | S | N | N | N | N | 3 | 8 |
| 9 | N | N | N | N | S | S | S | N | N | N | N | 3 | 8 |
| 10 | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | 0 | 11 |
| 11 | S | S | S | S | S | S | S | S | S | N | S | 10 | 1 |
| 12 | N | N | N | N | S | N | S | S | S | S | N | 5 | 6 |
| 13 | S | N | S | S | S | S | S | S | S | S | S | 10 | 1 |
| 14 | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | 0 | 11 |
| 15 | N | N | S | N | S | S | S | S | N | N | N | 5 | 6 |
| 16 | N | N | N | N | N | S | S | N | N | N | N | 2 | 9 |
| 17 | N | N | N | N | N | N | S | N | N | N | N | 1 | 10 |
| 18 | N | N | S | S | S | S | N | N | N | N | S | 5 | 6 |
| 19 | S | S | N | N | S | N | S | S | S | S | S | 8 | 3 |
| 20 | S | S | N | N | S | S | N | N | N | N | N | 4 | 7 |
| S | 4 | 4 | 6 | 4 | 14 | 11 | 13 | 5 | 5 | 3 | 6 | | |
| N | 16 | 16 | 14 | 16 | 6 | 9 | 7 | 15 | 15 | 17 | 14 | 75 | 145 |

4.2.1 Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade

A Figura 2 mostra a presença do indicador de inter ou multidisciplinaridade (no objeto e na metodologia) nos trabalhos analisados.

Figura 2 - Indicador de inter ou multidisciplinaridade no objetivo e metodologia dos trabalhos analisados



4.2.2 Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade no Objeto

Em 20% (n=4) dos trabalhos estudados foram encontrados indícios de inter ou multidisciplinaridade no objetivo da pesquisa.

Encontrou-se a presença deste indicador nos trabalhos: 11, 13, 19 e 20. No artigo 11, por exemplo, a autora define os objetivos do trabalho como:

“Verificar no contexto da maternidade de um hospital de ensino quais são as percepções **interprofissionais** em relação às **diversas categorias profissionais**; comparar as percepções **interprofissionais** de profissionais de formação de nível técnico com os de nível superior; compreender e descrever as atitudes e os valores relacionados ao trabalho de **equipe multiprofissional**; identificar quais barreiras interferem no trabalho em **equipe**; e reconhecer quais

facilitadores auxilia nas relações entre a **equipe** - grifos nossos” (WOVST; NETO, 2012, p. 6).

O objetivo do trabalho 11 indica, explicitamente, tratar-se de trabalho inter ou multidisciplinar, uma vez que objetiva estudar as percepções “interprofissionais em relação às diversas categorias profissionais” (WOVST; NETO, 2012, p. 6), que trabalham em uma maternidade.

Já o trabalho de Euzébio e Cortines (2012) apresenta indícios de inter ou multidisciplinaridade de forma implícita no texto:

“Descrever e destacar a atuação do cirurgião-dentista em uma unidade de saúde de alta complexidade, com enfoque na atenção à saúde materno-infantil” (EUZÉBIO; CORTINES, 2012, p. 3).

A atuação do profissional como a descrita pelo autor implica em atendimento multidisciplinar, vez que envolve diversas especialidades na atenção à saúde materno-infantil.

Destacam-se os trechos dos trabalhos 19 e 20, concernentes aos objetivos de pesquisa;

“Demonstrar a importância do diagnóstico/terapêutica odontológica em um paciente internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI)” (GOMES, 2012, p. 1).

“Analisar a conformidade das doses de MPP em prescrições de uma unidade de urgência pediátrica de um hospital de ensino, com foco na segurança do paciente” (MELO; SOARES; COSTA, 2012, p. 9).

No primeiro caso, encontra-se a presença do indicador de multidisciplinaridade, uma vez que o objeto UTI envolve profissionais de diversas áreas de atuação para o atendimento aos internados. Da mesma forma, justifica-se a presença do mesmo indicador no segundo exemplo, pois a utilização de prescrição medicamentosa em unidades de emergência envolve profissionais com especialidades distintas da formação do autor: Farmácia.

Observa-se que os objetivos dos trabalhos analisados, em sua maioria são voltados para análises de temas específicos da área de atuação do autor, não considerando a relação entre as especialidades envolvidas nas atividades. Isto pode estar relacionado a baixa presença (20%, n=4) de indícios de Inter ou Multidisciplinaridade no objeto dos trabalhos analisados.

Segundo Scherer (2006), para que exista a interdisciplinaridade na equipe de saúde, além do saber particular de cada profissional, outros devem ser trabalhados. É, completa o autor, “necessário atuar intersetorialmente e com as organizações comunitárias para enfrentar os problemas de saúde que, pela sua complexidade, exigem atuar para além do modelo biologicista ainda predominante nos serviços de saúde” (SCHERER, 2006, p.146).

As pessoas devem assumir uma atitude de “desconforto intelectual” diante de seus próprios saberes, questionar a sua própria formação e abrir outras frentes de trabalho, aceitando, a contribuição de outros fazeres para repensar o seu jeito de agir (SCHERER, 2006).

Com o objetivo de ampliar o conjunto de trabalhos com objetivos multidisciplinares, a atuação do corpo discente – e até da administração do programa – é fundamental. É a partir do estímulo à construção de objetivos comuns, da interação entre os participantes do programa, que os objetivos inter/multidisciplinares serão construídos.

Além da orientação docente no sentido da construção de objetivos multidisciplinares, faz-se necessário, segundo Scherer (2006), uma nova lógica de pensamento, calcada nas diferenças, nas distintas visões do mesmo problema. É preciso, segundo o autor, estabelecer uma relação estreita entre os profissionais envolvidos no processo, o que faz supor que tenha despertado essa necessidade, no residente, de ampliar a equipe a participar do processo de formação.

4.2.3 Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade na Metodologia

A presença deste indicador foi identificada nos trabalhos 1, 11, 19 e 20, ou seja, 20% da amostra. Como esperado, a maior parte dos artigos que evidenciaram o indicador de Inter ou Multidisciplinaridade no objetivo, também o fez na metodologia. A novidade fica por conta do artigo 1, no qual se pode encontrar, na página 7, a referida evidência.

“Consultas realizadas ao livro de registro de atendimentos do Serviço de Fonoaudiologia do HC/UFG possibilitaram a verificação de 156 prontuários de pacientes que se submeteram ao exame de videodeglutograma após avaliação fonoaudiológica e/ou indicação médica, no período de fevereiro de 2010 a dezembro de 2011, no HC/UFG” (PESSOA et al, 2012, p. 7).

Neste trecho a autora, fonoaudióloga, indica que há o trabalho multidisciplinar na metodologia adotada para a consecução da pesquisa.

Assim como no indicador de Inter ou Multidisciplinaridade no objetivo da pesquisa, o indicador que aponta a presença da Inter ou Multidisciplinaridade na metodologia utilizada nos trabalhos analisados não considerou, na maioria deles, a atuação de profissionais de áreas distintas na formação dos processos científicos. Há uma clara opção (20%, n=4) por metodologias de pesquisa com visão individualizada do trabalho, no que tange ao contexto profissional.

Este quesito segue a mesma linha do indicador de inter/multidisciplinaridade no objetivo, porém com uma visão “interacionista” ampliada, vez que para a construção de uma metodologia interdisciplinar há que considerar não apenas o objetivo de pesquisa, mas todo o caminho para a construção dos resultados.

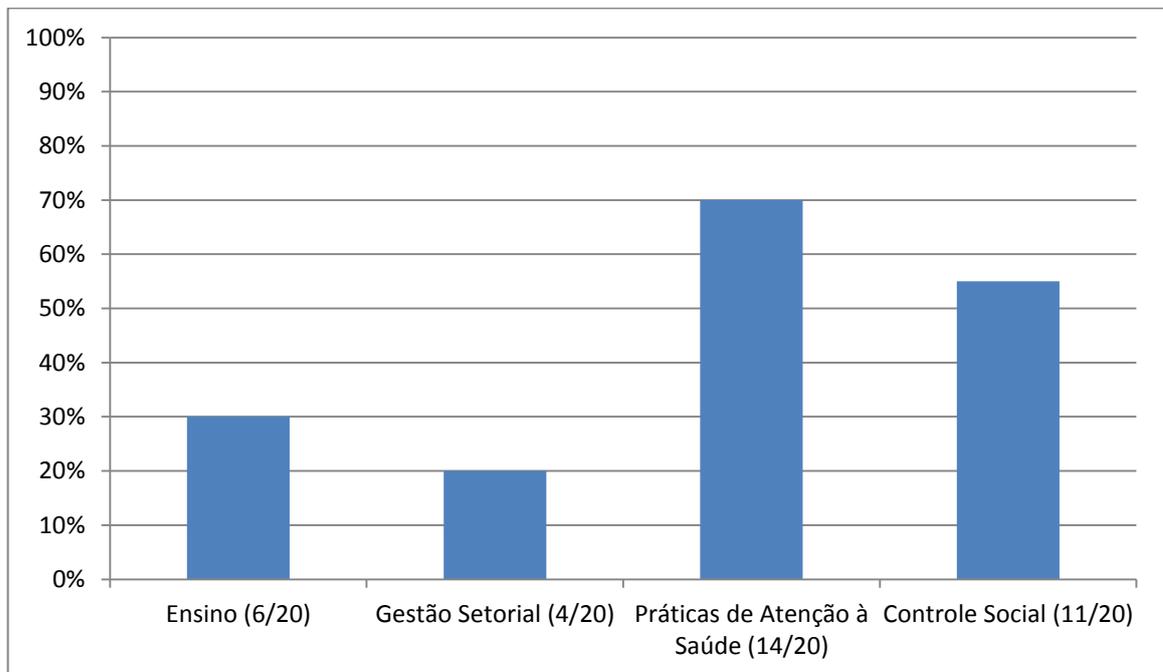
Desta forma, o elemento considerado essencial para a interdisciplinaridade acontecer neste contexto é “a existência de supervisão no serviço, de alguém com boa formação

contribuindo para a reflexão sobre o processo de trabalho no cotidiano da Unidade de Saúde” (SCHERER, 2006, p.145).

4.2.4 Indicador do Quadrilátero da Formação em Saúde

Todos os trabalhos foram analisados quanto à existência de indicadores relativos ao chamado “Quadrilátero da Formação em Saúde”. Estes são eixos norteadores da análise da educação e apresentaram-se nos trabalhos conforme demonstrado na figura 3 a seguir.

Figura 3 - Indicador da presença dos eixos do Quadrilátero da Formação em Saúde nos trabalhos analisados



Encontramos o “Quadrilátero: Ensino” em 30% (n=6) dos trabalhos pesquisados.

Como exemplo da presença do indicador “Quadrilátero: Ensino”, pode-se citar:

“Faz-se necessário investir na formação de equipes multiprofissionais capacitadas para o atendimento a essa demanda” (MANGILE, 2012, p. 22).

E ainda:

“A formação dos profissionais de saúde no atendimento emergencial encontra-se defasada. Somente na última década começaram a surgir disciplinas específicas relacionadas ao atendimento de vítimas de emergências clínico-cardiológicas. Com isso, a maior parte dos profissionais de saúde, dentre eles o fisioterapeuta, não se sentem capacitados para atuar nessas situações” (ATAÍDE, TAQUARY; VITORINO, 2012, p. 5).

Já o indicador “Quadrilátero: Gestão Setorial” está presente em 20% (n=4) dos mesmos trabalhos. É possível identificar este indicador em trechos como:

“A intenção destes Sistemas, quando foram criados e, ainda hoje, tem sido estimular e apoiar a organização e consolidação de Sistemas de Referência na área hospitalar para o atendimento a gestantes de alto risco, por meio da identificação dos hospitais e Clínicas de Ginecologia e Obstetrícia para comporem os serviços de níveis secundários e terciários, e garantir que em todos os estados do Brasil tenha uma rede de atendimento organizada e hierarquizada em níveis de complexidade diferentes” (FERREIRA; NEVES, 2012, 6).

“A partir daí será possível determinar uma ferramenta, metodologia ou protocolo que vise otimizar estes recursos, minimizando os exames solicitados desnecessariamente e o desconforto causado ao paciente pelas coletas contínuas de materiais biológicos” (COSTA, 2012, p. 6).

O artigo de Wovst e Neto (2012, p. 15) demonstra que esta competência está presente no trabalho estudado:

“No que se refere à logística como fator de auxílio ao trabalho em equipe, apareceram como temáticas o acesso à medicação de ponta e a diversidade de profissionais lotados na maternidade”.

No mesmo sentido segue o trabalho de Costa (2012, p. 19):

“Dessa forma, acreditamos ser necessária a construção de um protocolo de solicitação de exames de urgência e emergência, visando minimizar a alocação desnecessária de recursos públicos no SUE do HC/UFG”.

Estes dados corroboram com Ceccim e Feuerwerker (2004) no sentido de que a formação dos profissionais de saúde trabalha um modelo conservador de ensino, alheio à gestão setorial e ao debate crítico sobre os mecanismos de organização da atenção à saúde, impermeável ao controle social.

Foram encontradas evidências de “Quadrilátero: Práticas de Atenção à Saúde” em 70% (n=14) artigos estudados. Dentre os indicadores do Quadrilátero da Formação em Saúde pesquisados, este foi o mais encontrado. Exemplifica-se com trechos como:

“No que se refere à atenção à saúde da mulher no Brasil, as políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX se limitavam às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas deste período preconizavam as ações materno-infantis como intenção de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes” (FERREIRA; NEVES, 2012, p. 5).

A autora discute as práticas de saúde e visa ao coletivo. É o norte do ensino em saúde, integrador da sociedade. Essa linha se apresenta como no texto do trabalho 15, transcrito a seguir,

“A verdadeira terapêutica é aquela que zela pela criança como um todo e não simplesmente foca no seu sintoma, no seu quadro clínico” (MELLO FILHO, 1992, apud FREIRE, 2012, p. 10).

Quando se avalia o contexto do Controle Social, no Quadrilátero da Formação, encontramos 55% (n=11) dos trabalhos que evidenciam este eixo. Podemos tomar como exemplo os parágrafos transcritos a seguir.

“Neste sentido, pode-se assegurar que um bom relacionamento entre equipe-paciente-família favorece todos os envolvidos, visto que a inclusão do paciente e da família no trabalho da equipe, contribuindo para uma postura ativa e participativa, proporciona maior confiança, segurança, acolhimento do paciente, refletindo em um melhor enfrentamento do processo de saúde-doença” (NUNES; NETO, 2012, p. 8).

“A promoção da saúde bucal em ambiente hospitalar proporciona conhecimento, motiva os pacientes e seus acompanhantes na aquisição de bons hábitos, visa a assistência integral e mais humanizada do paciente hospitalizado” (EUZÉBIO et al., 2012, p. 8).

Merhy (1997, pp. 71-72) coloca que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”.

Os dados apresentados permitem afirmar que a realidade descrita por Merhy (1997) está em transformação, pois mais da metade dos trabalhos analisados demonstrou considerar a participação social, que, aliada à presença da atenção à saúde, denota preocupação não apenas com a saúde da população, mas com a participação do cidadão na construção da saúde.

É nesse sentido que o vínculo também é considerado necessário para o trabalho interdisciplinar e inclui não só os membros de uma equipe, mas também os usuários dos serviços. O vínculo, segundo Ribeiro (2005, p.54), “é uma relação especial que se estabelece e se mantém entre o(s) profissional(is) da saúde e o usuário (individual e coletivo) em função de adotarem uma forma intencionalmente diferenciada de se relacionarem. Esta relação é produzida pela adoção de atitudes/comportamentos dos profissionais de saúde frente aos usuários (individual e coletivo) e pelos usuários”.

4.2.5 Indicador Trabalho em Equipe

O indicador “Trabalho em Equipe” foi encontrado em 65% (n=13) dos artigos analisados. Em Euzébio (2012, p. 6), a título de exemplo da presença do trabalho em equipe, encontra-se:

“No que tange aos atendimentos multiprofissionais, foram realizadas 17 reuniões com a equipe multiprofissional, 18 estudos de casos multiprofissionais e 49 grupos de educação em saúde”.

Fica patente o trabalho em equipe, realizado em formato de reuniões, estudos de casos e educação em saúde. E prossegue: “Esse estudo evidenciou que a maioria das atividades realizadas pela equipe de residentes do HC/UFG foi do tipo educativo-preventiva” (EUZÉBIO et al., 2012, p. 6).

Em outros trabalhos, encontra-se a referência ao trabalho multiprofissional, com viés de equipe, como em Dutra et al. (2012, p. 7).

“Esta maternidade é um centro de referência para o atendimento ao parto de alto risco pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que atende todo o Brasil, mais principalmente a população de Goiânia e conta com um programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia, bem como a residência multiprofissional em saúde na área materno-infantil e abrangem as profissões de fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, enfermagem e serviço social”.

Do ponto de vista da autora fonoaudióloga, no trabalho 7, constata-se o trabalho em equipe presente no contexto do artigo produzido.

“(…) o fonoaudiólogo não é o único que atua na disfagia, a eficácia da intervenção terapêutica irá depender da contribuição de outros profissionais como médicos de diversas especialidades, nutricionistas, psicólogos e outros. Atualmente essa forma de atuação em equipe ganha força em todos os tipos de serviços de saúde, inclusive nas

unidades de urgência e emergência, principalmente a partir da estruturação dos programas de residência multiprofissional. A presença de vários profissionais de áreas diferentes além de otimizar o atendimento ao paciente mostra-se benéfica quando trata-se de custo/benefício” (FARIA et al., 2012, p. 5).

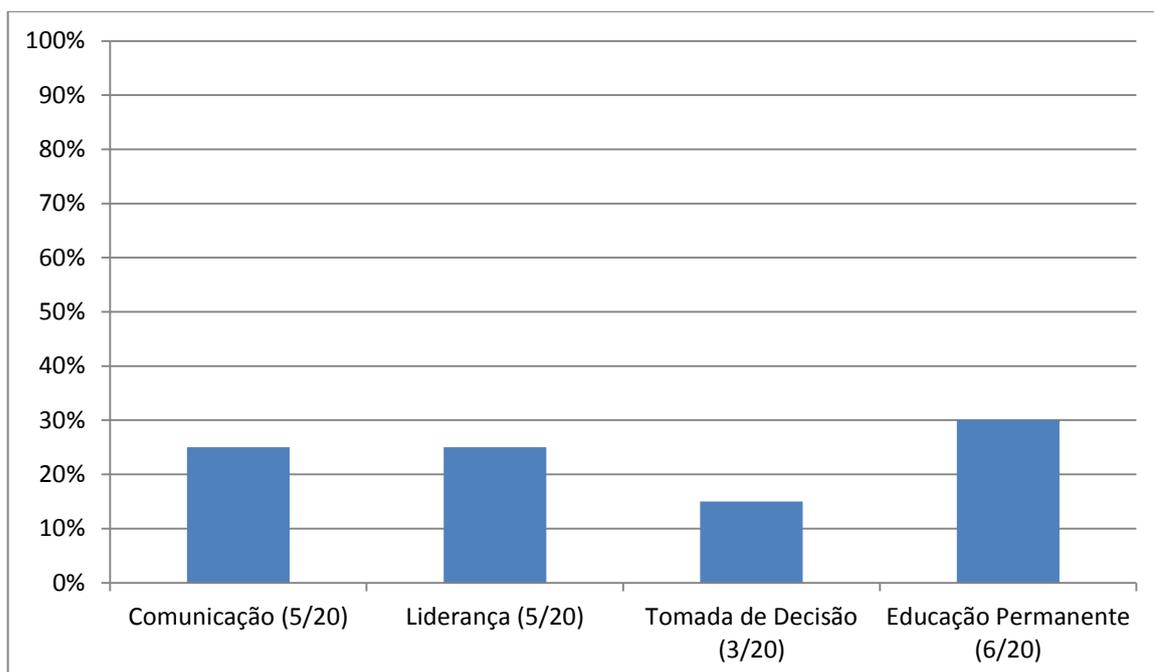
A presença do trabalho em equipe na maioria dos trabalhos avaliados mostra que há disposição do corpo docente em desenvolver atividades multidisciplinares, ainda que estas não se apresentem, na mesma gramatura, nos objetivos e metodologias dos trabalhos desenvolvidos. Este fato deve se relacionar diretamente ao estímulo docente no sentido da participação de outros profissionais no contexto das pesquisas desenvolvidas.

A existência de um trabalho em equipe que seja integrado é considerada uma questão básica para o exercício da interdisciplinaridade (SCHERER, 2006). Para lidar com as dificuldades, o profissional precisa ter claro qual é o seu papel na equipe e valorizar a sua especificidade, criando estratégias para ocupar espaços de atuação.

4.2.6 Indicador de Competências e Habilidades Básicas apregoadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais

A Figura 4 mostra a presença dos indicadores referentes às DCN's presentes nos trabalhos analisados.

Figura 4 - Indicador da presença das habilidades e competências Diretrizes Curriculares Nacionais nos trabalhos analisados



O indicador de Competências e Habilidades relacionadas à Comunicação foi encontrado em 25% (5) dos trabalhos. A seguir, um exemplo da competência em estudo, presente no trabalho 13:

“Dessa forma, podemos verificar que a equipe multiprofissional envolvida nesse estudo articulou-se de forma integrada, já que houve um projeto assistencial comum, comunicação intrínseca ao trabalho, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, flexibilidade da divisão dos trabalhos e autonomia técnica de caráter interdependente” (EUZÉBIO et al, 2012, p. 9).

No que se refere ao indicador DCN: Liderança, 20% (n=4) dos trabalhos apresentam a presença desta competência no texto analisado. Cita-se Prado (2012, p. 12), quando demonstra a competência Liderança na condução da equipe, para exemplificar a presença desta competência no texto em análise.

“(…) equipe de pneumologia alegou que paciente encontrava-se em condições de se submeter a procedimento

de anestesia geral. Com confirmação do diagnóstico de osteomielite crônica pelo anatomopatológico agendamos a cirurgia. Foi então solicitada avaliação pré-anestésica, a qual não contra-indicou o procedimento de anestesia geral. (...) orientado por pneumologista”.

Há uma baixa presença do indicador da competência “DCN: Tomada de Decisão nos trabalhos analisados”. Quinze por cento (n=3) deles denotaram, no texto analisado, as habilidades desenvolvidas para a tomada de decisão. Ainda assim, é possível citar: “Com finalidade de se obter uma melhora do quadro sistêmico em um menor tempo decidiu-se pela internação da paciente, (...)” (PRADO, 2012, p. 12).

Nota-se a presença da competência “Educação Permanente” em 25% (n=4) artigos. Pode-se comprovar a evidência desta competência por meio do trecho extraído do artigo de Mangile (2012, p.22): “(...) faz-se necessário investir na formação de equipes multiprofissionais capacitadas (...)”. Encontra-se, ainda, comprovação destes dados nos trechos a seguir.

“Outro fator mencionado como facilitador para o trabalho da equipe de saúde da maternidade foi a capacitação profissional, sendo que segundo as respostas dos profissionais pela maternidade ser vinculada a uma instituição de ensino, seus membros mantém bom interesse pela atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos” (WOVST, 2012, p. 15).

“Os resultados deste estudo podem ser utilizados no ensino, essencialmente de graduação, no intuito de mostrar um novo e atual campo de atuação do cirurgião-dentista que é a Odontologia em ambiente hospitalar, e também apresentar aos demais integrantes da equipe multiprofissional a forma como o cirurgião-dentista pode contribuir para melhoria na qualidade de vida e condição sistêmica do paciente” (EUZÉBIO et al., 2012, p. 9).

Os indicadores das Diretrizes Curriculares Nacionais analisados aparecem em, no máximo, 30% dos trabalhos analisados, porém, no mesmo grupo de trabalhos, há demonstração de trabalho em equipe, controle social e atenção à saúde em alto grau.

As Diretrizes Curriculares Nacionais mencionam, em sua portaria de criação, como uma das características do processo de trabalho, o “trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações”. (BRASIL, 2006, p.11). A Portaria é permeada por princípios, fundamentos e diretrizes que, colocados em prática, tendem a possibilitar a construção de um trabalho interdisciplinar, a exemplo das orientações sobre o vínculo que deve se estabelecer entre a equipe e desta com os usuários, sobre a organização dos serviços e das práticas, sobre o controle social, a intersetorialidade e a educação permanente, entre outros. As atribuições comuns a todos os profissionais, descritos na mesma Portaria, abrem espaço para viabilizar a construção de um campo multiprofissional de saberes e práticas que também pode ser impulsionador da interdisciplinaridade.

Segundo Scherer (2006), “mudanças nos cursos de graduação devem ser efetivadas para preparar os profissionais e motivá-los para a busca de formação complementar multiprofissional e interdisciplinar”.

5 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados permitem confirmar que existem poucas evidências acerca da Multidisciplinaridade e da Interdisciplinaridade na produção científica do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas de Goiânia estão presentes nos trabalhos analisados.

O viés multidisciplinar do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ficou aquém do desejado, embora existam evidências que corroborem o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a troca de experiências *ad hoc*.

Verificou-se, ainda, que os trabalhos que apresentam evidências de multidisciplinaridade, os objetos e objetivos de estudos, bem como a metodologia empregada não buscam trazer à baila o trabalho em equipe ou a troca de experiências e de conhecimento. Ou seja, há presença do trabalho em equipe (65% dos artigos, n=13), porém em apenas 20% deles (n=4) fica clara a inter ou multidisciplinaridade dos objetivos e das metodologias.

As práticas de atenção à saúde, conforme apregoa o mecanismo de aprimoramento do ensino em saúde chamado “quadrilátero da formação”, aparece, claramente, em 14 dos 20 trabalhos estudados, o que representa 70% do total de artigos. Este dado, aliado ao controle social proposto no mesmo quadrilátero da formação, presente em 55% (n=11) dos trabalhos, evidencia a preocupação dos profissionais pós-graduandos com a saúde e bem-estar não somente dos pacientes em atendimento, mas, da sociedade como um todo.

De outro lado, esta prática voltada para o benefício da população, não se abastece na Gestão Setorial, uma vez que este indicador aparece em apenas 20% (n=4) dos trabalhos. Esta habilidade é salutar e, entende-se, deve ser explorada em todas as camadas do ensino, especialmente na área de saúde. No mesmo diapasão está a fonte de análise referente ao ensino, presente em apenas 30% (n=6) dos trabalhos, evidenciando que os mecanismos de

educação, embora objeto da própria formação dos autores-egressos, não se apresenta em formato construtivista, de problematização das práticas e saberes, como apregoa a formação multidisciplinar.

É importante, para alavancar as ideias e práticas sociais em saúde, que as ações de ensino realizadas pelas instituições, bem como as competências e habilidades em Comunicação (25%), Liderança (25%), Tomada de Decisão (15%) e Educação Permanente (30%) recebam especial atenção, a fim de atingirem patamares como aqueles apresentados pela presença do eixo voltado para a atenção à saúde (70% dos artigos).

Assim, pode-se estabelecer, devido a este contraste, a hipótese de que existem fatores multidisciplinares no programa, porém, que estes são pouco estimulados nas propostas (objetivos) e metodologias dos trabalhos, restando, aos discentes, estabelecerem padrões de pesquisa calcados tanto nas expertises próprias da praxe de divisão de trabalho, quanto no compartilhamento de experiências.

Neste contexto, faz-se necessário o direcionamento, por parte do corpo docente e orientadores de TCC, das propostas de pesquisas, no sentido de que estas objetivem o trabalho em equipe, porém, considerando o enfoque nas diversas profissões envolvidas, de forma que os profissionais envolvidos não se limitem a trocar pareceres e observações acerca do caso estudado, mas sim, comunguem experiências, ideias e condutas em prol do sistema de saúde pública, atendendo, no limite, a vocação da qual alimenta a política indutora da formação interdisciplinar em saúde corporificada, por sua vez, nos programas de residência multiprofissional em área de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR-DA-SILVA, R.H., SCAPIN, L.T., BATISTA, N.A. **Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe**. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior, vol. 16, núm. 1, março, 2011, pp. 165-182, São Paulo, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. **Transdisciplinaridade e saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-20, 1997.
- ANDRADE, E. I. G.; DIAS FILHO, P. P. S. **Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde**. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S (Org). Seguridade Social, Cidadania e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p.160-72.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de Saúde de Família**, Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-64, mar.-abr. 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 45, de 12 de Janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, 2007. Acesso em 31 jul 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília; 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008. Diário Oficial da União 25 Jan 2008. [n. 18].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família Brasília: Ministério da Saúde; 2009.157 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 62 p.

BRUSCATO, W. L. et al. **O trabalho em equipe multiprofissional na saúde**. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. P. 33-41.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZRESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMPOS, E. C.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R. R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI, JUNIOR L. **Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 25, n. 2, p. 53-59, mai-ago. 2001. Disponível em: <<http://www.epidemioufel.org.br/proesf/13%20Campos%202001.pdf>> Acesso em 10 jun. 2013.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CAR, M. R.; BERTOLOZZI, M. R. **O procedimento da análise de discurso**. In: CHIANCA, T. C. M.; CHIESA, A. M. et al. **A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde**, Cogitare enfermagem, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-40, abr.-jun. 2007.

CARBONE, P. P.. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006

CARPENTER, J. **Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme**. Medical Education, Oxford, GB, n. 29, p. 265-272, 1995.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. In: Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev, 2005.

CECCIM, R. B.; BIBLIO, L. F. S. **Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS**. In: BRASIL. **VERSUS-Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde/SGTES/DEGES, 2004.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>Acesso em 31 jul 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis [online]. 2004, vol.14, n.1, pp. 41-65. ISSN 0103-7331. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>, acesso em 10 jun. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-475, 1997.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV- CEBES; 1998.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. **Sistema único de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestão municipal de saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2001.

D'AMOUR, D. **Structuration de lacollaborationinterprofessionelledanslesservices de santé de première ligneau Québec**. 1997. Tese (Doutorado) – Université de Montreal,

Montreal/Canadá, 1997. Disponível em: < http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468>. Acesso em: 31 jul 2013.

DELORS, J.(org.). **Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas, Autores Associados, 1996.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

FAUSTINO. R. L. H. **Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 198 p.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, v.33, n.2, p. 257-283, 1999.

FERREIRA, S.R.; OLSCHOWSKY, A. **Residência integrada em saúde:a interação entre as diferentes áreas de conhecimento**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 30, n.1, p.106-112, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n,18, set/dez, 2005a.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 1999.

FREETH, D. et al. **A critical review of interprofessional education**, 2002. Disponível em: <www.caipe.org.uk/publications>. Acesso em: 31 jul. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FURTADO, J. P. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões**. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, maio-ago. 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar.-abr. 2005.

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**, In Revista de Administração de Empresas, v.35, n.2, Mar./Abr. 1995a, p. 57-63.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-302, mar.-ago. 2005.

HADDAD, A. E. **A formação e o trabalho em odontologia**. Jornal do CFO, ano-15, n.81, dez.2007. Disponível em: < <http://www.cfo.org.br/jornal/n81/debate.asp>> Acesso em 08 out. 2013.

- JAPIASSU, H. (1976). **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. (1ª ed.) Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- JAPUR, M.; LOUREIRO, S. R.; CAMPOS, M. A.; MUNARI, D. B. **A aprendizagem teórico-vivencial: exploração de alguns limites e possibilidades**. Paidéia. v.2, p.51-60, 1992.
- KIRK, J; MILLER, M L., **Reliability and validity in qualitative research**, Beverly Hills: Sage, 1986.
- LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. **Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar**. História, ciências, saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-28, jan.-mar. 2006.
- LIMA, V. V. **Avaliação de competência nos cursos médicos**. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p.123-40.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.
- MACHADO, M. H. **Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico**. In: MACHADO, M. H. (Org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- MANNING, P. K., **Metaphors of the field: varieties of organizational discourse**, In Administrative Science Quarterly, vol. 24, no. 4, December 1979, pp. 660-67 .
- MARRA, M. M., COSTA, L.F. (2004a). **A pesquisa-ação e o Sociodrama: Uma conexão possível?** Revista Brasileira de Psicodrama, 12 (01), 99-116.
- MARRA, M. M., COSTA, L. F. (2004b). **O Psicodrama como proposta teórico metodológica para a comunidade**. Família e Comunidade, 1(1), 15-38.
- MENDES, A. M.; TAMAYO, A. **valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho**. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 6, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2001.
- MENDES, L. C.; MATOS, L.; SCHINDLER, M. F.; TOMAZ, M.; VASCONCELOS, S. C. **Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia**. Rev. SBPH [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 125-141.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p. (Cadernos CEFOR. Textos, 1).
- MENEGAZZO, C. M., TOMASINI, M. A., ZURETTI, M. M. **Dicionário de Psicodrama e Sociodrama**. São Paulo: Agora, 1995.
- MORAES, M. J. B. **O ensino de enfermagem em saúde coletiva: redescobrimos caminhos para novas práticas assistenciais**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- MORENO, J. L. (1974). **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. (A.C.M. Cesarino Filho, Trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1959).
- MORENO, J. L. (1975). **Psicodrama**. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Cultrix. (Original publicado em s/d).

NASCIMENTO, D. D. G e OLIVEIRA, M. A. C. **Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família**, Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. **Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde**. In: BOURGET, M. M. M. (org.). *Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação*. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.

NERY, M. P., COSTA, L F, CONCEIÇÃO, M.I.G. **O Sociodrama Como Método de Pesquisa Qualitativa**. Paidéia, 2006, 16-(35), 305-313.

NEVES, J. L. **Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, V.1, Nº 3, 2º Sem., 1996.

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva**. 2004. Tese (Livre –docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, M. S. **O Papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica**. Revista Olho Mágico, Londrina, v. 10, n. 2, p.37-39, 2003.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Dissertação de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 1998.

PERES, R. S. et. al. **O trabalho em equipe no contexto hospitalar: reflexões a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde**. In: *Em Extensão*, Uberlândia, v. 10, n.1, p. 113-120, jan / jun. 2011.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática**. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27-38, 2006.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O. **Programa Saúde da Família: segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, jan.-fev. 2008.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. **Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, 2004.

SCHERER, M.D.A. **O Trabalho Da Equipe No Programa De Saúde Da Família: Possibilidades De Construção Da Interdisciplinaridade**. Tese de Doutorado. 2006

SILVA, G. R. **O SUS e a crise atual do setor público de saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-21, 1995.

SILVA, KL; SENA, RR; GRILLO, MJC; HORTA, NC, **Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde**;Esc Anna Nery RevEnferm 2010 abr-jun; 14 (2): 368-376

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

UNIFESP. **O projeto pedagógico do Campus Baixada Santista**. Disponível em: <<http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>>. Acesso em: 31 jul. 2013.

VIDAL, Diana Gonçalves. **História e Memória da Psicologia em SP: a psicologia educacional e escolar em SP construção do novo homem**. 2009. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).

WALLIG, J.; SOUZA FILHO, E.; **A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial**. Cadernos de Psicologia do Trabalho, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-62, 2007.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública**. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005

ANEXOS

Anexo1 – Modelo da Ficha Individual de Análise

| | |
|---|--|
| Autor(es) | |
| Artigo | |
| Formação Profissional | |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | |
| Objetivo Primário | |
| Número de Participantes | |
| Sexo dos Participantes | |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | |
| Critério de Inclusão | |
| Critério de Exclusão | |
| Instrumentos | |
| Principais Resultados | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Quadrilátero: Ensino Institucional | |
| Quadrilátero: Gestão Setorial | |
| Quadrilátero: Práticas de Atenção à Saúde | |
| Quadrilátero: Controle Social | |
| Indicador de trabalho em equipe | |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| DCN: Comunicação | |
| DCN: Liderança | |
| DCN: Administração e Gerenciamento | |
| DCN: Atenção à Saúde | |
| DCN: Tomada de Decisão | |
| DCN: Educação Permanente | |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | |

Anexo 2 – Ficha Individual de Análise – Artigo 1

| | |
|--|---|
| Autor(es) | Ana Cláudia Neres Pessoa Karla Cristina Freitas Faria Lúcia Inês Araújo Maria Luiza de Faria Paiva |
| Artigo | Prevalência De Disfagia Em Pacientes Adultos E Idosos Diagnosticados Por Videodeglutograma (Vd) Nos Anos De 2010 E 2011 Em Um Hospital Universitário |
| Formação Profissional | Fonoaudióloga Fonoaudióloga Fonoaudióloga e Mestre em Cognição e Neurociências do Comportamento/UnB Fonoaudióloga e Mestranda do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Faculdade de Medicina/UFG |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo descritivo retrospectivo |
| Objetivo Primário | Demonstrar a prevalência das disfagias diagnosticadas nos exames de videodeglutograma em pacientes adultos e idosos, nos anos de 2010 e 2011 em um hospital universitário. |
| Número de Participantes | 59 (cinquenta e nove) |
| Sexo dos Participantes | Masculino = 38 Feminino = 21 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | 156 prontuários (59 após exclusão) de pacientes que se submeteram ao exame de videodeglutograma após avaliação fonoaudiológica e/ou indicação médica, no período de fevereiro de 2010 a dezembro de 2011, no HC/UFG. |
| Critério de Exclusão | Pacientes com idade inferior a 20 anos, prontuários incompletos ou não localizados. |
| Instrumentos | revisões bibliográficas; livro de registro de atendimentos do Serviço de Fonoaudiologia do HC/UFG, formulário para a coleta de dados sociodemográficos, laudos impressos dos exames de VD. |
| Principais Resultados | A prática fonoaudiológica nas equipes multiprofissionais hospitalares, possibilita a detecção precoce de disfagias e intervenção preventiva nos distúrbios da deglutição. A presença de disfagia neurogênica de graus variados e de disfagia esofágica, na maioria das doenças |

| | |
|---|--|
| | citadas, principalmente nas DSN e DAD respectivamente, ocorreram em maior número na população adulta, do sexo masculino, apresentando maior número de alterações na fase orofaríngea e esofágica da deglutição, inter-relacionando assim os resultados encontrados nos exames com a classificação de disfagia presente nas literaturas existentes. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Presente. Página 7, parágrafo 3 |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Quadrilátero: Ensino Institucional | Não identificado. |
| Quadrilátero: Gestão Setorial | Não identificado. |
| Quadrilátero: Práticas de Atenção à Saúde | Não identificado. |
| Quadrilátero: Controle Social | Não identificado. |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 13, parágrafo 2. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| DCN: Comunicação | Não identificado. |
| DCN: Liderança | Não identificado. |
| DCN: Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| DCN: Atenção à Saúde | Presente. Página 13, parágrafo 2 |
| DCN: Tomada de Decisão | Não identificado. |
| DCN: Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 3 – Ficha Individual de Análise – Artigo 2

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Andressa Padilha Mangile |
| Artigo | Perfil socioeconômico das gestantes e parturientes adolescentes atendidas na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas/UFG no ano de 2011 |
| Formação Profissional | Serviço Social |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo quantitativo |
| Objetivo Primário | Conhecer o perfil das adolescentes gestantes e puérperas atendidas na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas/UFG durante o ano de 2011. |
| Número de Participantes | 782 adolescentes grávidas ou puérperas que foram atendidas pelo Serviço Social na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas/UFG no ano de 2011, e que tiveram sua entrevista social registrada no livro “caracterização social – maternidade-2011”. |
| Sexo dos Participantes | Feminino |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Adolescentes gestantes e puérperas atendidas na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas/UFG durante o ano de 2011. |
| Critério de Exclusão | Não identificado. |
| Instrumentos | Registros constantes no Livro de caracterizações; Roteiro orientador; Ficha de Entrevista Social. |
| Principais Resultados | “Concluiu-se que a necessidade de se discutir e implementar Programas específicos de atendimento a adolescentes gestantes é de suma importância”. “São poucos os serviços que oferecem atendimento com atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes”. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Presente. Página 22, parágrafo 3. |

| | |
|---|---|
| Gestão Setorial | Não identificado. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 22, parágrafo 2. |
| Controle Social | Presente. Página 6, parágrafo 3. Página 20, parágrafo 3 |
| Indicador de trabalho em equipe | Não identificado. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado. |
| Liderança | Não identificado. |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| Atenção à Saúde | Presente. Na página 22, parágrafo 3. |
| Tomada de Decisão | Não identificado. |
| Educação Permanente | Presente. Página 22, parágrafo 3. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional |

Anexo 4 – Ficha Individual de Análise – Artigo 3

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Débora Santos Ataíde Sara Alves dos Santos Taquary Priscila Valverde de Oliveira Vitorino |
| Artigo | Perfil Clínico E Atuação Fisioterapêutica Em Pacientes Atendidos Na Emergência De Um Hospital Público De Goiás |
| Formação Profissional | Fisioterapeuta Fisioterapeuta Fisioterapeuta |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo observacional, prospectivo com análise de dados quantitativa e descritiva. |
| Objetivo Primário | Apresentar o perfil do paciente atendido na reanimação do Pronto Socorro Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e descrever a atuação fisioterapêutica nesse setor. |
| Número de Participantes | 133 pacientes |
| Sexo dos Participantes | Masculino = 61 Feminino = 72 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Pacientes acima de 16 anos encaminhados à sala de reanimação, independentemente da sua hipótese diagnóstica ou patologia de base. |
| Critério de Exclusão | Pacientes que deram entrada e saíram do setor de emergência (por motivo de alta, óbito, evasão ou transferência para outro setor) em momentos que os pesquisadores não estiveram presentes no pronto atendimento, impossibilitando o preenchimento da ficha de avaliação. |
| Instrumentos | Formulário de coleta de dados por meio de entrevista com pacientes e/ou acompanhantes; revisão de prontuários clínicos e, livros de registro da unidade de internação. Software Microsoft Excel 2007 para o tratamento estatístico dos dados. |
| Principais Resultados | Predominam pacientes do sexo feminino com idade mais avançada, apresentando queixas e doenças cardiorrespiratórias. A maioria dos pacientes recebeu atendimento fisioterapêutico. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |

| | |
|--|---|
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Quadrilátero: Ensino Institucional | Presente. Página 5, Parágrafo 4 |
| Quadrilátero: Gestão Setorial | Não identificado. |
| Quadrilátero: Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 12, parágrafo 3. |
| Quadrilátero: Controle Social | Não identificado. |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 5, parágrafo 3. Página 14, parágrafo 3 |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| DCN: Comunicação | Não identificado. |
| DCN: Liderança | Não identificado. |
| DCN: Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| DCN: Atenção à Saúde | Presente. Página 11, parágrafo 3. |
| DCN: Tomada de Decisão | Não identificado. |
| DCN: Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 5 – Ficha Individual de Análise – Artigo 4

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Hérika Isabella Da Costa |
| Artigo | Perfil Das Solicitações De Exames Laboratoriais E O Impacto Orçamentário No Serviço De Urgência E Emergência De Um Hospital Universitário |
| Formação Profissional | Biomedicina |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Descritivo, observacional, transversal e de caráter retrospectivo mediante análise de dados secundários |
| Objetivo Primário | Descrever as práticas de solicitação de exames laboratoriais na situação de urgência e emergência no Setor de Apoio e Diagnóstico do SUE do HC/UFG. |
| Número de Participantes | 52.185 (cinquenta e dois mil, cento e oitenta e cinco) exames. |
| Sexo dos Participantes | Não identificado |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Exames realizados no SUE do HC/UFG no período de janeiro a dezembro do ano de 2011, provenientes do Pronto-Socorro Infantil (PSI) e do Pronto-Socorro Adulto (PSA) do HC/UFG. |
| Critério de Exclusão | Exames solicitados fora do período determinado e não provenientes do SUE neste período, bem como os exames do Pronto-Socorro Enfermagem e Pronto Socorro Maternidade onde estão pacientes já internados e em investigação diagnóstica, o que descaracteriza o perfil de exames de urgência foram excluídos do presente estudo. |
| Instrumentos | Os exames foram selecionados através do software Laudos® versão 1.0.50 utilizado para emissão de laudos no Sistema de Apoio e Diagnóstico do HC/UFG. A coleta de dados foi realizada através da aba de relatórios do software, onde foram selecionados relatórios e planilhas do programa no período de tempo determinado, gerados a partir do cadastro e liberação dos exames através do software. Software Microsoft Excel. |
| Principais Resultados | Os resultados desta pesquisa mostraram que mais da metade dos tipos de exames solicitados pelo SUE do HC/UFG não foi considerada de urgência/emergência e estes exames consumiram, aproximadamente, 50% do capital destinado ao pagamento dos exames laboratoriais realizados pelo serviço de Apoio e Diagnóstico deste hospital universitário. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |

| | |
|--|-----------------------------------|
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado. |
| Gestão Setorial | Presente. Página 6, parágrafo 3. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Não identificado. |
| Controle Social | Presente. Página 4, parágrafo 2. |
| Indicador de trabalho em equipe | Não identificado. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado. |
| Liderança | Não identificado. |
| Administração e Gerenciamento | Presente. Página 19, parágrafo 2. |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 6, parágrafo 3. |
| Tomada de Decisão | Não identificado. |
| Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 6 – Ficha Individual de Análise – Artigo 5

| | |
|--|--|
| Autor(es) | Jordana Carolina Marques Godinho Ana Tereza Vaz de Souza Freitas Ludimila Pereira da Silva Marília Arantes Rezio |
| Artigo | Prevalência de ganho ponderal excessivo na gestação e fatores associados |
| Formação Profissional | Nutricionista. Nutricionista. Nutricionista. Nutricionista. |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica. |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo transversal. |
| Objetivo Primário | Avaliar a prevalência de ganho ponderal excessivo em gestantes e fatores associados. |
| Número de Participantes | 164 |
| Sexo dos Participantes | Feminino |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Até 24 horas de internação, gestação de feto único, idade igual ou superior a 18 anos, capacitadas a responder o questionário, sem restrições para aferição das medidas antropométricas e que aceitassem participar da pesquisa. |
| Critério de Exclusão | |
| Instrumentos | Questionário e a avaliação antropométrica Software STATA 8.0 |
| Principais Resultados | Os resultados descritivos deste estudo reforçam que a amostra estudada apresenta características compatíveis com gestantes atendidas por serviços públicos de saúde: predominantemente jovens, baixo percentual de mulheres economicamente ativas, com baixo poder aquisitivo, por mais que referissem média de anos de estudo maior que 8 anos. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado. |
| Gestão Setorial | Não identificado. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 5, parágrafo 1. |

| | |
|---|----------------------------------|
| Controle Social | Não identificado. |
| Indicador de trabalho em equipe | Não identificado. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado. |
| Liderança | Presente. Página 5, parágrafo 2 |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 5, parágrafo 2. |
| Tomada de Decisão | Não identificado. |
| Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 7 – Ficha Individual de Análise – Artigo 6

| | |
|--|--|
| Autor(es) | KacielliFillipini Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho Liana Lima Vieira |
| Artigo | Aceitação Da Dieta Hipossódica Com Sal De Cloreto De Potássio (Sal Light) Em Pacientes Internados Em Um Hospital Público |
| Formação Profissional | Nutricionista Nutricionista Nutricionista |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Quantitativo |
| Objetivo Primário | avaliar a aceitação, em pacientes de um hospital público de Goiânia, da dieta hipossódica utilizando o sal a base de cloreto de potássio (sal light), por meio da determinação do índice de resto-ingestão e de pesquisa de satisfação, em comparação a dieta hipossódica padrão, com teor reduzido de cloreto de sódio. |
| Número de Participantes | 81 pacientes |
| Sexo dos Participantes | Masculino = 44 Feminino = 37 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Pacientes |
| Critério de Inclusão | Pacientes internados há mais de 24 horas, maior de 18 anos, com prescrição de dieta hipossódica de consistência normal ou branda. |
| Critério de Exclusão | Pacientes com prescrição de dieta líquida ou pastosa, em uso de nutrição enteral ou parenteral associada, em jejum para exames ou procedimentos, com algum tipo de insuficiência renal ou restrição alimentar de potássio, amputados dos dois membros inferiores (pela dificuldade na avaliação antropométrica), pacientes impossibilitados de responder o questionário e que não estivessem acompanhados por um cuidador, pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva e pertencentes a grupos vulneráveis, tais como crianças, gestantes e indígenas |
| Instrumentos | Questionário aplicado aos pacientes com dados sócio demográficos, clínicos, e de percepção da dieta oferecida. Dados antropométricos. Softwares Microsoft Excel, SPSS e STATA/SE |
| Principais Resultados | A aceitação da dieta hipossódica com utilização do sal light foi insatisfatória, tendo a característica tempero da dieta avaliada negativamente pela maioria dos |

| | |
|---|----------------------------------|
| | pacientes. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado. |
| Gestão Setorial | Não identificado. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 3, parágrafo 8. |
| Controle Social | Não identificado. |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 3, parágrafo 7. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado. |
| Liderança | Não identificado. |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 3, parágrafo 3. |
| Tomada de Decisão | Não identificado. |
| Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 8 – Ficha Individual de Análise – Artigo 7

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Karla Cristina Freitas Faria Ana Cláudia Neres Pessoa Lúcia Inês de Araújo Maria Luíza de Faria Paiva |
| Artigo | Perfil Clínico E Fonoaudiológico De Pacientes Atendidos Na Unidade De Urgência E Emergência De Um Hospital Universitário |
| Formação Profissional | Fonoaudiologia |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo transversal retrospectivo. |
| Objetivo Primário | Caracterizar a população atendida no pronto-socorro de um hospital universitário pelos residentes de Fonoaudiologia. |
| Número de Participantes | 150 |
| Sexo dos Participantes | Masculino = 93 Feminino = 57 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Pacientes |
| Critério de Inclusão | Pacientes adultos e idosos (adultos de 20 a 59 anos e idosos acima de 60 anos) conforme a classificação utilizada pelo Ministério da Saúde nos calendários de vacinação |
| Critério de Exclusão | Pacientes cujos prontuários não foram localizados ou que estavam incompletos quanto às variáveis adotadas pelo estudo |
| Instrumentos | Livro de registros de atendimentos do serviço de Fonoaudiologia do HC/UFG Prontuários dos pacientes utilizando um formulário previamente elaborado pelos pesquisadores Software SPSS. |
| Principais Resultados | “A faixa etária associada a doenças de base prevalentes pode levar a distúrbios da deglutição, complicando o quadro clínico e prolongando o período de permanência do sujeito na instituição, sendo de suma importância a presença do fonoaudiólogo nos serviços de urgência e emergência para avaliar, diagnosticar e tratar os distúrbios da deglutição”. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |

| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
|---|---|
| Ensino Institucional | Não identificado. |
| Gestão Setorial | Não identificado. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 9, parágrafo 3. |
| Controle Social | Presente. Página 9, parágrafo 4 |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 5, parágrafo 3. Página 11, parágrafo 1 |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado. |
| Liderança | Não identificado. |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 10, parágrafo 2 |
| Tomada de Decisão | Não identificado. |
| Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 9 – Ficha Individual de Análise – Artigo 8

| | |
|---|--|
| Autor(es) | Karolline Alves Viana Ludmilla Ferreira Euzébio Andréa Araujo de Oliveira Cortines Luciane Rezende Costa |
| Artigo | Hábitos relacionados à saúde bucal em crianças nascidas prematuras: uma preocupação para equipes multiprofissionais de saúde |
| Formação Profissional | Cirurgiã-dentista Cirurgiã-dentista Cirurgiã-dentista Pós-Doutora em Odontologia |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa |
| Objetivo Primário | Identificar os hábitos alimentares, de higiene bucal e hábitos bucais deletérios em crianças nascidas prematuras e acompanhadas em ambulatório específico de um hospital universitário |
| Número de Participantes | 119 fichas odontológicas |
| Sexo dos Participantes | Feminino = 49 Masculino = 60 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Todos os pacientes nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas. |
| Critério de Exclusão | Crianças cujas fichas odontológicas não puderam ser localizadas. |
| Instrumentos | Fichas odontológicas Softwares: Microsoft Excel 2010 e SPSS. |
| Principais Resultados | Os percentuais de aleitamento materno exclusivo foram baixos, e a maioria das crianças apresentou algum tipo de hábito bucal deletério de sucção nutritiva ou não nutritiva. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado. |
| Gestão Setorial | Não identificado. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 8, parágrafo 4 |
| Controle Social | Presente. Página 8, parágrafo 2 |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 5, parágrafo 3. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado. |
| Liderança | Não identificado. |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 8, parágrafos 2 e 3. |
| Tomada de Decisão | Não identificado. |
| Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 10 – Ficha Individual de Análise – Artigo 9

| | |
|--|--|
| Autor(es) | Kássia Valéria Araújo Dutra Fabrícia Oliveira Saraiva Ruth Minamisava Maria Luiza de Faria Paiva Maria Aparecida da Silva Vieira |
| Artigo | Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados em um hospital Universitário de Goiânia (GO), Brasil |
| Formação Profissional | Fonoaudiologia Enfermagem Enfermagem Fonoaudióloga Enfermagem |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo de corte transversal . |
| Objetivo Primário | Determinar a prevalência de aleitamento materno exclusivo, e analisar os fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva durante a internação no período peripartal em uma maternidade de um hospital universitário no município de Goiânia (GO). |
| Número de Participantes | 383 |
| Sexo dos Participantes | Masculino = 213 Feminino = 170 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Todos os RNs nascidos entre janeiro e julho de 2011 |
| Critério de Exclusão | Óbitos fetais, aborto (idade gestacional <22 semanas e/ou peso <500g), recém-nascidos anencéfalos, a existência de qualquer contra-indicação para amamentação e casos cujas informações e dados estivessem incompletos. |
| Instrumentos | Prontuários das mães e recém-nascidos. |
| Principais Resultados | Os resultados deste estudo permitem concluir que a prevalência do aleitamento materno exclusivo na maternidade do hospital universitário de Goiânia está bem abaixo dos recomendados pela Organização Mundial de Saúde e que os fatores associados para não amamentar exclusivamente foram nascimento pré-termo e parto cesáreo. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou | Não identificado. |

| | |
|--|---|
| Multidisciplinaridade: no objeto | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado. |
| Gestão Setorial | Não identificado. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 12/13, parágrafo 4. |
| Controle Social | Presente. Página 15, parágrafo 1. |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 7, parágrafo 1. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado. |
| Liderança | Não identificado. |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado. |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 12/13, parágrafo 4. Página 15, parágrafo 1 |
| Tomada de Decisão | Não identificado. |
| Educação Permanente | Não identificado. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 11 – Ficha Individual de Análise – Artigo 10

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Lidiany Da Silva Moreira |
| Artigo | Linfoma Não-Hodgkin Difuso De Grandes Células B Com Manifestação Em Mandíbula: Relato De Caso. |
| Formação Profissional | Odontologia |
| 2) Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Relato de caso |
| 3) Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Qualitativo |
| 4) Objetivo Primário | Relatar e discutir um caso de Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B em medula óssea, linfonodo submandibular e sítio extranodal em mandíbula, diagnosticado primeiramente pelo cirurgião-dentista. |
| 5) Número de Participantes | 01 (um) |
| 6) Sexo dos Participantes | Feminino |
| 7) Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| 8) Critério de Inclusão | Não há |
| 9) Critério de Exclusão | Não há |
| 10) Instrumentos | Exames clínicos e laboratoriais |
| 11) Principais Resultados | “Apesar da manifestação do LNHDGCB ser rara na região de cabeça e pescoço, é imprescindível, para um bom prognóstico da doença, que seu diagnóstico seja brevemente identificado. Para tanto, o cirurgião-dentista é ator importante neste processo”. |
| 12. Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| 12.1) Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| 12.2) Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| 14) Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| 14.1) Ensino Institucional | Não identificado |
| 14.2) Gestão Setorial | Não identificado |
| 14.3) Práticas de Atenção à Saúde | Não identificado |
| 14.4) Controle Social | Não identificado |
| 15) Indicador de trabalho em equipe | Não identificado |
| 16) Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| 16.1) Comunicação | Não identificado |
| 16.2) Liderança | Não identificado |
| 16.3) Administração e Gerenciamento | Não identificado |
| 16.4) Atenção à Saúde | Não identificado |
| 16.5) Tomada de Decisão | Não identificado |
| 16.6) Educação Permanente | Não identificado |

| | |
|--|------------------------|
| 17) Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |
|--|------------------------|

Anexo 12 – Ficha Individual de Análise – Artigo 11

| | |
|--|--|
| Autor(es) | Luciana Rodrigues Wovst Sebastião Benício da Costa Neto |
| Artigo | Multidisciplinaridade: Percepção Interprofissional em uma Maternidade Pública de Alto-Risco |
| Formação Profissional | Psicologia |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Qualitativo |
| Objetivo Primário | Verificar no contexto da maternidade de um hospital de ensino quais são as percepções interprofissionais em relação às diversas categorias profissionais; comparar as percepções interprofissionais de profissionais de formação de nível técnico com os de nível superior; compreender e descrever as atitudes e os valores relacionados ao trabalho de equipe multiprofissional; identificar quais barreiras interferem no trabalho em equipe; e reconhecer quais facilitadores auxilia nas relações entre a equipe. |
| Número de Participantes | 23 (vinte e três) |
| Sexo dos Participantes | Feminino = 20 Masculino = 03 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Profissional |
| Critério de Inclusão | Formação técnica e superior em distintas categorias profissionais e vinculadas há mais de 12 meses à Maternidade de um hospital público. |
| Critério de Exclusão | Não identificado |
| Instrumentos | Questionário Sócio demográfico Questionário de Escala de Percepção Interprofissional Roteiro de entrevista semi-estruturada |
| Principais Resultados | No contexto da maternidade de alto-risco, as percepções interprofissionais em relação às diversas categorias profissionais mostraram a valoração do trabalho multiprofissional, caracterizando o interesse dos profissionais pela diversidade de profissões direcionadas a assistência do paciente. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Presente. Página 4, parágrafo 5. |

| | |
|---|--|
| Gestão Setorial | Presente. Página 6, parágrafo 5. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 5, parágrafo 3. Página 4, parágrafo 2 |
| Controle Social | Presente. Página 3, parágrafo 6 |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 3, parágrafo 5. Página 3/4, parágrafo 6 |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Presente. Página 5, parágrafo 1. |
| Liderança | Presente. Página 5, parágrafo 2. |
| Administração e Gerenciamento | Presente. Página 15, parágrafo 2. |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 9, parágrafo 2 |
| Tomada de Decisão | Não identificado |
| Educação Permanente | Presente. Página 15, parágrafo 4. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 13 – Ficha Individual de Análise – Artigo 12

| | |
|---|--|
| Autor(es) | Lucianna de Freitas Prado |
| Artigo | Fratura Em Mandibula Atrófica Decorrente De Osteomielite Crônica Em Paciente Sistemicamente Comprometido – Relato De Caso Clínico |
| Formação Profissional | Odontologia |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Relato de caso |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Descritivo |
| Objetivo Primário | Apresentar um relato de fratura em região de parasífnise mandibular decorrente de processo infeccioso de osteomielite crônica em paciente idosa sistemicamente comprometida, onde objetivamos apontar formas de tratamentos para a osteomielite, fratura de mandíbula atrófica e como procedeu o preparo pré-operatório das comorbidades apresentadas pela paciente. |
| Número de Participantes | 01 (um) |
| Sexo dos Participantes | Feminino |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Não identificado |
| Critério de Exclusão | Não identificado |
| Instrumentos | Exames e procedimentos |
| Principais Resultados | O uso de uma abordagem aparentemente mais agressiva de fraturas atróficas infectadas através de acessos cirúrgicos amplos, no fim, podem ser mais "conservadores" do que uma abordagem menos agressiva. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado |
| Gestão Setorial | Não identificado |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 13, parágrafo 3 |
| Controle Social | Não identificado |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 12, parágrafos 1, 2 e 4. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Presente. Página 12, parágrafos 2 e 4. |
| Liderança | Presente. Página 12, parágrafo 2 |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado |

| | |
|---|-----------------------------------|
| Atenção à Saúde | Não identificado |
| Tomada de Decisão | Presente. Página 12, parágrafo 1. |
| Educação Permanente | Não identificado |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 14 – Ficha Individual de Análise – Artigo 13

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Ludmilla Ferreira Euzébio Karolline Alves Viana Andréa Araújo de Oliveira Cortines Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa |
| Artigo | Atuação Do Residente Cirurgião-Dentista Em Equipe Multiprofissional De Atenção Hospitalar À Saúde Materno-Infantil |
| Formação Profissional | Odontologia |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Descritivo |
| Objetivo Primário | Descrever e destacar a atuação do cirurgião-dentista em uma unidade de saúde de alta complexidade, com enfoque na atenção à saúde materno-infantil. |
| Número de Participantes | 740 (setecentos e quarenta) |
| Sexo dos Participantes | Feminino = 269 Masculino = 220 Não informado = 251 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Pacientes |
| Critério de Inclusão | Todos os pacientes cujos registros estavam disponíveis e preenchidos na totalidade ou incompletos que não comprometiam os resultados da pesquisa |
| Critério de Exclusão | Não foi excluído nenhum registro incompleto, já que contribuíram para os resultados do estudo |
| Instrumentos | livros de anotação das atividades/procedimentos desenvolvidas pelos quatro residentes multiprofissionais em Odontologia da área de Atenção à Saúde Materno-Infantil fichas clínicas dos pacientes atendidos por essa equipe, entre fevereiro de 2011 e julho de 2012. Softwares Microsoft Excel 2010 e Microsoft Word 2010. |
| Principais Resultados | Foram realizadas 17 reuniões com a equipe multiprofissional, 18 estudos de casos multiprofissionais e 49 grupos de educação em saúde. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Presente. Página 6/7, parágrafo5; página 7, parágrafo |

| | |
|---|--|
| | 2. |
| Gestão Setorial | Não identificado |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 6, parágrafo 4. Página 7, par[agrafo 2. |
| Controle Social | Presente. Página 8, parágrafo 2. |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. página 6, parágrafos 2 e3. Página 9, parágrafos 1 e 4. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Presente. Página 12, parágrafos 2 e 4. Página 9, parágrafo 1 |
| Liderança | Não identificado. |
| Administração e Gerenciamento | Presente. Página 9, parágrafo 4 |
| Atenção à Saúde | Presente; Página 7, par[agrafo 2. |
| Tomada de Decisão | Presente. Página 12, parágrafo 1. |
| Educação Permanente | Presente. Página 9, parágrafo 3. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 15 – Ficha Individual de Análise – Artigo 14

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Mariana FanstoneFerraresi Fabrícia Oliveira Saraiva Ruth Minamisava Maria Aparecida da Silva Vieira |
| Artigo | Prevalência E Fatores Associados Ao Baixo Peso Ao Nascer Em Uma Maternidade Escola De Goiânia, Goiás |
| Formação Profissional | Enfermagem |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Quantitativo |
| Objetivo Primário | Avaliar a prevalência de baixo peso ao nascer e identificar os fatores associados ao nascimento de neonatos de baixo peso em uma maternidade pública de referência para a gestação de alto risco de um hospital universitário do município de Goiânia, Goiás. |
| Número de Participantes | 383 (trezentos e oitenta e três) Total 442, sendo 59 excluídos. |
| Sexo dos Participantes | Feminino = 169 Masculino = 214 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Pacientes |
| Critério de Inclusão | Todos os RNs nascidos entre os meses de janeiro a julho de 2011 na Maternidade em questão e que possuíam IG > ou = a22 semanas e peso > que 500g. |
| Critério de Exclusão | Natimortos, abortos (idade gestacional <22 semanas e/ou peso <500g), anencefaliae casos cujos dados estivessem incompletos |
| Instrumentos | Formulário (as informações foram obtidas através das declarações de nascido vivo e dos prontuários). Software SPSS, teste de Hosmer e Lemeshow. |
| Principais Resultados | O estudo concluiu que apenas neonatos pré-termos foram associados com BPN após a análise multivariada para controle dos fatores de confundimento. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado |
| Gestão Setorial | Não identificado |

| | |
|---|--|
| Práticas de Atenção à Saúde | Não identificado |
| Controle Social | Não identificado |
| Indicador de trabalho em equipe | Não identificado |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado |
| Liderança | Não identificado |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 12, parágrafo 3. Página 11, parágrafo 1 |
| Tomada de Decisão | Não identificado |
| Educação Permanente | Não identificado |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 16 – Ficha Individual de Análise – Artigo 15

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Marina Freire Nunes Sebastião Benício da Costa Neto |
| Artigo | Trabalho em Equipe: Percepção Interprofissional de uma Clínica Pediátrica |
| Formação Profissional | Psicólogo |
| 2) Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| 3) Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Qualitativo |
| 4) Objetivo Primário | Descrever e analisar a percepção de profissionais de saúde sobre o trabalho multidisciplinar no cotidiano da clínica pediátrica de um hospital universitário público, bem como as barreiras e os facilitadores da relação entre os profissionais. |
| 5) Número de Participantes | 12 |
| 6) Sexo dos Participantes | Feminino = 12 |
| 7) Característica do participante: profissional, paciente, família | Profissionais |
| 8) Critério de Inclusão | Profissionais que compõem a equipe de saúde da clínica pediátrica, com formação técnica e superior em distintas categorias profissionais, vinculadas há mais de 12 meses à Pediatria do hospital universitário público, que não estiveram de licença nos últimos seis meses e que, também, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| 9) Critério de Exclusão | A amostra dos participantes foi definida de acordo com o critério de conveniência, não probabilístico (Cozby, 2006), considerando a demanda dos profissionais da equipe dentre os critérios de inclusão, a disponibilidade dos mesmos, a conveniência e a realização do estudo na data acadêmica exigida. Trata-se, assim, de um trabalho de classificação qualitativa, visto que os resultados não serão generalizados. |
| 10) Instrumentos | Questionário sócio demográfico, uma Escala de Percepção Interprofissional – EPI (DUCANIS; GOLIN, 1979) e um roteiro de entrevista semi-estruturada |
| 11) Principais Resultados | O estudo demonstra a necessidade de estabelecer momentos de reflexão com toda a equipe de saúde da pediatria para a tomada de consciência das dificuldades e facilitadores identificados a respeito da realidade onde a equipe atua, a fim de melhorar a comunicação e o relacionamento entre os profissionais, viabilizando a troca de experiências e conhecimento, o que pode levar a mudanças em direção à integralidade do atendimento e à humanização da assistência |

| | |
|---|---|
| | prestada aos seus usuários e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do relacionamento interprofissional da equipe de saúde |
| 12. Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| 12.1) Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| 12.2) Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| 14) Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| 14.1) Ensino Institucional | Presente. Página 28, parágrafo 1. |
| 14.2) Gestão Setorial | Não identificado |
| 14.3) Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 10, parágrafo 3. |
| 14.4) Controle Social | Presente. Página 8, parágrafo 1. |
| 15) Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 7, parágrafo 4 e 5. Página 28, parágrafo 3. |
| 16) Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| 16.1) Comunicação | Presente. Página 9, parágrafo 2 |
| 16.2) Liderança | Não identificado |
| 16.3) Administração e Gerenciamento | Não identificado |
| 16.4) Atenção à Saúde | Presente. Página 7, parágrafo 3 |
| 16.5) Tomada de Decisão | Não identificado |
| 16.6) Educação Permanente | Não identificado |
| 17) Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 17 – Ficha Individual de Análise – Artigo 16

| | |
|--|---|
| Autor(es) | Marina Porto Cipriano Sebastião Benício da Costa Neto |
| Artigo | Burnout Em Profissionais Do Serviço De Urgência E Emergência De Um Hospital Universitário |
| Formação Profissional | Psicólogo |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo exploratório, com enfoque quantitativo. |
| Objetivo Primário | Estudar sistematicamente a presença desta síndrome na equipe do Pronto Socorro de um Hospital Universitário de Goiânia |
| Número de Participantes | 48 |
| Sexo dos Participantes | Feminino = 37 Masculino = 11 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Profissionais |
| Critério de Inclusão | (1) Funcionários do Pronto Socorro de um Hospital Universitário de Goiânia; (2) Ter idade acima de 18 anos; (3) Ter tempo de experiência profissional superior a seis meses; (4) Ter tempo de serviço no PS acima de seis meses; (5) concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. |
| Critério de Exclusão | Não houve |
| Instrumentos | Questionário Sócio demográfico, Questionário Breve de Burnout e Questionário de Personalidade Resistente ao Burnout. Software SPSS. |
| Principais Resultados | Mesmo com tantos indicadores de estresse que podem levar à instalação da síndrome de burnout, a equipe estudada mostrou que não está comprometida pela mesma. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado |
| Gestão Setorial | Não identificado |
| Práticas de Atenção à Saúde | Não identificado |
| Controle Social | Presente. Página 8, parágrafo 1. |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 18, parágrafo 2. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado |

| | |
|---|-----------------------------------|
| Liderança | Não identificado |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 25, parágrafo 1. |
| Tomada de Decisão | Não identificado |
| Educação Permanente | Não identificado |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 18 – Ficha Individual de Análise – Artigo 17

| | |
|---|--|
| Autor(es) | Sara Alves dos Santos Taquary Débora Santos Ataíde Priscila Valverde de Oliveira Vitorino |
| Artigo | Perfil Clínico e Atuação Fisioterapêutica em Pacientes Atendidos na Emergência Pediátrica de um Hospital Público em Goiás |
| Formação Profissional | Fisioterapeuta |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo observacional e prospectivo. |
| Objetivo Primário | Traçar o perfil de pacientes admitidos na sala de reanimação do Serviço de Referência em Urgência Pediátrica do HC/UFG, bem como descrever a atuação fisioterapêutica na sala de reanimação. |
| Número de Participantes | 47, sendo um total de 54 e 7 excluídos |
| Sexo dos Participantes | Feminino = 22 Masculino = 25 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Pacientes |
| Critério de Inclusão | Todas as crianças de 0 a 14 anos admitidas na sala de reanimação durante o período de coleta de dados. |
| Critério de Exclusão | Pacientes que deram entrada e saíram do setor de emergência em momentos em que os pesquisadores não estiveram presentes no pronto atendimento. |
| Instrumentos | Formulário de coleta de dados, revisão de prontuários clínicos e livros de registro das unidades de internação. Software Microsoft Excel. |
| Principais Resultados | Os pacientes são em sua maioria do sexo masculino e lactentes e pré-escolares são mais susceptíveis às doenças graves. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado |
| Gestão Setorial | Não identificado |
| Práticas de Atenção à Saúde | Não identificado |
| Controle Social | Não identificado |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. página 9, parágrafo 2. |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado |

| | |
|---|----------------------------------|
| Liderança | Não identificado |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 8, parágrafo 1. |
| Tomada de Decisão | Não identificado |
| Educação Permanente | Não identificado |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 19 – Ficha Individual de Análise – Artigo 18

| | |
|---|--|
| Autor(es) | Sarah Daniela Rodrigues Ferreira Denise Carmem de Andrade Neves |
| Artigo | O Perfil Socioeconômico Das Usuárias Adultas Atendidas Na Clínica De Ginecologia E Obstetrícia Do Hospital Das Clínicas Da Universidade Federal De Goiás |
| Formação Profissional | Serviço Social |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Quantitativa |
| Objetivo Primário | Apresentar o perfil socioeconômico das usuárias atendidas na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas – HC da Universidade Federal de Goiás – UFG |
| Número de Participantes | 616 |
| Sexo dos Participantes | Feminino = 616 |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Pacientes |
| Critério de Inclusão | Os dados coletados referem-se às mulheres que passaram pela Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do HC durante o ano de 2011 |
| Critério de Exclusão | Não identificado |
| Instrumentos | Pesquisa bibliográfica, bem como de dados secundários coletados no Livro de Registro do Serviço Social, o qual contém os dados da entrevista social |
| Principais Resultados | Baseando somente nos dados da entrevista social constatou-se que a paciente atendida na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia pode ser definida como: moradora de Goiânia, em sua maioria jovem (20-25 anos), com uma prole de até dois filhos vivos, com composição familiar de até três pessoas, com renda de dois salários mínimos, residente em moradia de aluguel, com baixa escolaridade, com gravidezes não planejadas e sem uso adequado de métodos contraceptivos. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Não identificado |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Não identificado |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Presente. Página 3, parágrafo 5. |

| | |
|---|---|
| Gestão Setorial | Presente. Página 6, parágrafo 4. |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. página 5, parágrafo 2 |
| Controle Social | Presente. Página 4, parágrafos 1 e 3. Página 12, parágrafo 2. |
| Indicador de trabalho em equipe | Não identificado |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado |
| Liderança | Não identificado |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 5, parágrafo 2. |
| Tomada de Decisão | Não identificado |
| Educação Permanente | Presente. Página 4, parágrafo 2 |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |

Anexo 20 – Ficha Individual de Análise – Artigo 19

| | |
|---|---|
| Autor(es) | Tiago Dias Gomes Fernanda Alves Ferreira Gonçalves Cerise de Castro Campos |
| Artigo | Manejo odontológico em paciente com queimadura oral por ingestão de soda cáustica - relato de caso |
| Formação Profissional | Odontologia - Cirurgião-dentista Enfermeira especialista e mestre em terapia intensiva Professora doutora adjunta na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Relato de caso |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Descritivo |
| Objetivo Primário | Demonstrar a importância do diagnóstico/terapêutica odontológica em um paciente internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) |
| Número de Participantes | 01 (um) |
| Sexo dos Participantes | Masculino |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Paciente |
| Critério de Inclusão | Não identificado |
| Critério de Exclusão | Não identificado |
| Instrumentos | Registro fotográfico , exame odontológico, estimulação da motricidade oral, controle da microbiota através de métodos farmacológicos |
| Principais Resultados | A abordagem multiprofissional imediata foi fator de um prognóstico favorável ao paciente. A atuação odontológica no período de reparação tecidual permitiu uma diminuição do risco de infecção oportunista e propiciou uma recuperação mais rápida e uma melhora da qualidade vida do paciente. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Presente. Página 3 (gastronomia de emergência e internação em UTI) |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Presente. página 4, parágrafos 2 e 3; página 9, parágrafos 1 e 2. implícita: médico e/ou psicólogo (página 4, parágrafo 3). |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado |
| Gestão Setorial | Não identificado |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente - Página 4, parágrafo 5 |
| Controle Social | Não identificado |
| Indicador de trabalho em equipe | Presente. Página 4, parágrafos 2, 3 e 5. página 10, parágrafo 4; |

| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
|---|----------------------------------|
| Comunicação | Presente. Página 4, parágrafo 2. |
| Liderança | Presente. |
| Administração e Gerenciamento | Presente. |
| Atenção à Saúde | Presente. |
| Tomada de Decisão | Presente. |
| Educação Permanente | Não identificada. |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional |

Anexo 21 – Ficha Individual de Análise – Artigo 20

| | |
|---|--|
| Autor(es) | Vivianne Vieira De Melo Amanda Queiroz Soares Maria Selma Neves da Costa |
| Artigo | Qualidade da prescrição de medicamentos potencialmente perigosos e a segurança do paciente na urgência pediátrica |
| Formação Profissional | Farmácia Farmácia Medicina |
| Modalidade de Artigo: teórico? Relato de pesquisa? Outro? | Pesquisa Empírica |
| Tipo de Estudo: qualitativo, quantitativo, retrospectivo, descritivo | Estudo descritivo de corte transversal |
| Objetivo Primário | Analisar a conformidade das doses de MPP em prescrições de uma unidade de urgência pediátrica de um hospital de ensino, com foco na segurança do paciente. |
| Número de Participantes | 100 pacientes(381 prescrições incluídas no estudo) Total de 110 pacientes e 450 prescrições. |
| Sexo dos Participantes | Não identificado |
| Característica do participante: profissional, paciente, família | Pacientes (prescrições) |
| Critério de Inclusão | Todas as prescrições de pacientes atendidos no SERUPE no período analisado que continham ao menos um MPP prescrito. |
| Critério de Exclusão | Demais prescrições. |
| Instrumentos | Formulário estruturado, |
| Principais Resultados | Baseando somente nos dados da entrevista social constatou-se que a paciente atendida na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia pode ser definida como: moradora de Goiânia, em sua maioria jovem (20-25 anos), com uma prole de até dois filhos vivos, com composição familiar de até três pessoas, com renda de dois salários mínimos, residente em moradia de aluguel, com baixa escolaridade, com gravidezes não planejadas e sem uso adequado de métodos contraceptivos. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade – Implícita ou Explícita. | |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: no objeto | Presente. Prescrições medicamentosas realizadas por outros profissionais. |
| Indicador de Inter ou Multidisciplinaridade: na metodologia. | Presente. Prescrições medicamentosas realizadas por outros profissionais. |
| Indicador do Quadrilátero da Formação: | |
| Ensino Institucional | Não identificado |

| | |
|---|----------------------------------|
| Gestão Setorial | Não identificado |
| Práticas de Atenção à Saúde | Presente. Página 8, parágrafo 5 |
| Controle Social | Presente. Página 9, parágrafo 1. |
| Indicador de trabalho em equipe | Não identificado |
| Indicador de Competências e Habilidades Básicas (DCN's) | |
| Comunicação | Não identificado |
| Liderança | Não identificado |
| Administração e Gerenciamento | Não identificado |
| Atenção à Saúde | Presente. Página 8, parágrafo 5 |
| Tomada de Decisão | Não identificado |
| Educação Permanente | Não identificado |
| Cenário de Pesquisa: Institucional x Interinstitucional | Institucional (HC/UFG) |