

ARTIGO ORIGINAL

A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família

Marco Antonio Merechia Santos¹, Luiz Roberto Agea Cutolo².

Resumo:

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, como uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tem se revelado um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho em equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família, tem exigido dos componentes das equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade. A partir da conceituação de interdisciplinaridade, procurou-se analisar o exercício do trabalho em equipe no PSF, buscando reconhecer suas limitações e propor soluções para o problema, que envolve a própria formação dos profissionais de saúde ainda na graduação. Concluiu-se ser necessário uma modificação dos currículos a fim de formar profissionais de cunho generalista, que se insiram na realidade da população, criando vínculos e soluções criativas para a convivência harmoniosa e produtiva entre os vários saberes na área da saúde.

Descritores: 1. Equipe interdisciplinar de saúde;
2. Educação em saúde;
3. saúde da família.

Abstract:

The Family Health Program (PSF), implanted by the Government Health Ministry in 1994, as a strategy for the consolidation of the Health Unique System (SUS), has been revealed as an instrument for the modification of the paradigms in vigour in the public attention to the health. The work in a multiprofessional team required by the family health strategy, has demanded from the components of the teams, a change of personal and professional attitude in direction to the interdisciplinarity. Starting from the concept of interdisciplinarity, we analyzed the exercise of the team work in the PSF, searching to recognize its limitations and to consider solutions for the problem, that surely involves the proper formation of the health professionals during their graduation. The conclusion of this work was the necessity to modify the curricula, in order to form generalist professionals, inserted in the reality of the assisted population, and capable to create ties and appropriated solutions for the harmonious and productive sociability among the various knowledges in health area.

Keywords: 1. Interdisciplinary health team;
2. Health education;
3. Family health

1 – Introduzindo o tema:

Historicamente o atendimento à saúde da população brasileira sempre se caracterizou por seu caráter curativo e imediatista, centrado na figura do médico, hospitalocêntrico e tutelado pela burocracia estatal, que determinava quem, como e onde seria atendido – se chegasse a sê-lo -, quais as enfermidades seriam prio-

1. Médico Generalista do Programa de Saúde da Família em Bombinhas/SC. Mestrando em Saúde da Família na UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí – Campus I – Itajaí/SC
e-mail: ma41ms@terra.com.br
2. Programa de Mestrado em Saúde da Família da Univali; Programa Mestrado em Ciências Médicas da UFSC

rizadas e como seriam encaminhadas as questões pontuais em Saúde Pública, de forma basicamente vertical, campanhista e autoritária.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, a partir do conceito de saúde como um direito da população e dever do Estado, presente na Constituição Federal de 1988¹ e posteriormente regulamentado através das Leis Federais 8080/90² e 8142/90³, trouxe um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde, consolidadas através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular.⁴

A partir do sucesso do modelo cubano de medicina de família implantado nesse país em meados da década de 80, conforme descreve VASCONCELOS⁵, em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), com critérios bem definidos de atuação através de uma equipe multiprofissional, composta inicialmente por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, com dedicação em tempo integral, vinculada a uma população territorialmente bem definida, e com ênfase na promoção e prevenção, em detrimento do curativo.⁶ Este programa, com o tempo, mostrou-se bem adaptado à nossa realidade sanitária e cumpriu grande parte de seus objetivos, transformando-se em uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde da população e em um instrumento de consolidação do SUS.

Após nove anos de implantação do PSF, com a adesão da grande maioria dos municípios brasileiros à estratégia, pôde-se constatar na prática uma melhor cobertura assistencial da população. Porém, a melhoria deu-se de forma parcial, e somente no nível primário de atenção. Os níveis de atendimento hierarquicamente acima, que dependem do atendimento especializado e da atenção hospitalar, não se desenvolveram adequadamente, gerando uma demanda reprimida e dificuldade de encaminhamento dos problemas que não podem ser resolvidos a nível primário.

Outros entraves importantes continuaram ocorrendo ao longo do tempo, principalmente devido à própria população que, acostumada com o antigo sistema assistencialista, nunca conseguiu absorver totalmente as novas práticas de prevenção, promoção e educação em saúde, geradoras de cidadania.

No entanto, como profissional médico engajado na proposta do PSF desde junho de 1996, pude perceber

um aspecto importante que se manteve ao longo dos anos: a dificuldade do trabalho de caráter interdisciplinar em equipe multiprofissional, gerada principalmente pela deficiência na formação acadêmica e profissional dos componentes desta, e também pela falta de perfil exigido para o exercício do atendimento integral e vinculado a uma população pré-definida territorialmente.

No início, quando a estratégia ainda se firmava como uma possibilidade de mudança de modelo assistencial, poucos foram os municípios que aderiram à idéia e poucos também foram os profissionais que se entregaram ao trabalho do PSF, destacando-se aí os idealistas da saúde pública. Com o tempo, o modelo se firmou, mais municípios aderiram à estratégia e a demanda por profissionais aumentou consideravelmente, com a inclusão de profissionais da odontologia em algumas equipes.

Como trabalhar no PSF representa um acréscimo salarial importante, muitos profissionais se interessaram em fazer parte das equipes, sendo a sua grande maioria composta por profissionais recém-formados à espera de uma vaga na residência ou nas especializações. Alguns aderiram por motivos puramente de caráter financeiro e outros por curiosidade, a maior parte sem apresentar perfil adequado para exercer a função.

Todos estes fatores levaram médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais de nível médio de enfermagem e odontologia a comporem equipes heterogêneas e pouco comprometidas com a execução da grande tarefa de modificar o perfil de saúde de nossa população.

Logicamente a conseqüência disso foi, na grande maioria dos casos, a composição de equipes multiprofissionais, desconectadas entre si e ineficientes. Participei de equipes do PSF em três municípios situados em estados diferentes da federação (Curitiba/PR, Juiz de Fora/MG e Bombinhas/SC), e pude perceber claramente as dificuldades de comunicação e de integração verdadeiramente interdisciplinar entre seus componentes. Quando havia uma relação interdisciplinar dentro das equipes, geralmente esta ocorria por intermédio de ações individuais de profissionais verdadeiramente engajados na estratégia de saúde da família.

Um fator que influencia diretamente neste tipo de situação, é, sem dúvida, a formação acadêmica tradicional que estes profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseados em modelos flexnerianos e estáticos, com currículo rígido e pouco conectado com as reais necessidades da população.

A edição das novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde pelo MEC em 2001⁷, veio para tentar corrigir essas deficiências na formação dos profissionais de saúde, eliminando a ênfase nas especializações e procurando formar um novo ator social: o profissional com formação generalista, direcionado primordialmente à atenção básica de saúde e capaz de resolver a maior parte dos problemas de uma população ainda carente do básico para sua sobrevivência.

Assim sendo, o objetivo deste trabalho é, a partir do conceito de interdisciplinaridade definido por JAPIAS-SU⁸, avaliar a prática interdisciplinar das equipes do PSF, partindo de uma experiência profissional e pessoal de mais de sete anos de dedicação à estratégia de saúde da família e à saúde pública em três diferentes municípios brasileiros. Documentos específicos do PSF publicados pelo Ministério da Saúde e artigos científicos de pesquisadores reconhecidos em Saúde Pública também foram utilizados para construir esta avaliação.

2 – Revendo a criação do SUS:

As políticas públicas de saúde, em nosso país, sempre se pautaram pela centralização das ações a nível federal, de aspecto pontual e campanhista, sujeitas ao humor político dos governos autoritários, neoliberais e elitistas que se sucederam no poder, principalmente a partir do golpe militar de 1964. A ênfase sempre esteve voltada para um modelo de saúde centrado na figura do médico e no hospitalismo absoluto, ficando as ações preventivas relegadas a um melancólico segundo plano, com uma atenção primária atrofiada e ineficaz.

Além disso, as crises do setor público, mormente de caráter econômico, se sucederam indefinidamente, gerando uma falta crônica de recursos para a gestão da saúde, agravada pelo desinteresse político dos grupos dominantes em garantir direitos fundamentais a uma população cronicamente desassistida, enferma e apresentando altíssimos índices de morbi-mortalidade vergonhosos para o país.

As conclusões e as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986⁹, vieram encaminhar novas diretrizes para a reorganização do sistema público de saúde no Brasil, incorporadas pela Constituição Federal de 1988¹, principalmente em seu artigo 196, que determinou a saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, entre outros avanços.

Conforme lembrou PEREIRA et al.⁴, vários artigos da Constituição deveriam ser regulamentados num prazo de 180 dias, mas a eleição de Fernando Collor de

Mello e de seu projeto neoliberal de governo atrasou a regulamentação do capítulo da saúde. Somente em 1990, com a aprovação das Leis 8080/90² e 8142/90³ pelo Congresso Nacional é que se implantou na prática o Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto destas Leis introduziu uma série de conceitos, sistematizados sob a forma de princípios doutrinários e organizativos do SUS. Ainda segundo PEREIRA et al.⁴:

“[...] os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador, os princípios doutrinários”.

Os princípios doutrinários do SUS são a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, enquanto seus princípios organizativos são a Descentralização e Comando Único, a Regionalização e a Hierarquização e a Participação Popular.⁴

A Universalidade, enquanto princípio, trouxe o conceito de acesso garantido a todas as pessoas, independente de sexo, renda, raça, procedência, ocupação, nível social ou outras características sociais ou individuais. A Equidade veio como um princípio norteador de justiça social, já que trata desigualmente os desiguais, investindo mais onde as necessidades da população são maiores. A Integralidade visou o indivíduo como um todo, incluindo em seu conceito a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da população.¹⁰

A concretização da doutrina do SUS ocorreu através dos seus princípios organizativos: a Descentralização do poder entre os três níveis de governo, o Federal, o Estadual e o Municipal, de forma soberana e autônoma, aproximando a gestão e a execução dos serviços de seus usuários, ao responsabilizar o Município pela saúde de seus cidadãos.¹⁰

A Regionalização e a Hierarquização dos serviços organizaram os mesmos em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma área geográfica previamente definida, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição da população a ser atendida, controlando e racionalizando gastos.¹⁰

A Participação Popular veio para democratizar as decisões de gestão do SUS, através da criação dos Conselhos de Saúde, existentes nos três níveis de governo, de caráter deliberativo, fiscalizador e permanente, com representação paritária, sendo metade de seus membros representantes dos usuários do sistema e a outra metade

composta pelo governo, trabalhadores de saúde e prestadores privados. As Conferências de Saúde ocorrem nos níveis federal, estadual e municipal, e definem as políticas de saúde, propondo diretrizes e formulando estratégias para fiscalizar a execução destas políticas em cada nível de governo.¹⁰

Um aspecto importante do SUS é sua caracterização como um conjunto de ações e serviços de caráter público e gratuito, prevendo a participação do setor privado somente como complementação nos casos em que o setor público for incapaz de atender a demanda. Ainda assim, os serviços privados não-lucrativos e filantrópicos foram priorizados nas regras de contratação complementar, sempre sob as regras do direito público e das diretrizes do SUS, conforme previsto no Art. 199 da Constituição Federal de 1988.¹

O Art. 200 da Constituição Federal de 1988¹ e dispositivos da Lei 8080/90² atribuíram ao SUS outras funções além das ações assistenciais, como as de vigilância epidemiológica e sanitária, saneamento básico, fiscalização de insumos, alimentos e água, proteção ao meio ambiente, formação de recursos humanos na área da saúde e desenvolvimento científico e tecnológico.

Ainda hoje, podemos dizer que o Sistema Único de Saúde está em construção através da prática diária de seus atores, gestores, profissionais de saúde e usuários. As falhas que existem no sistema ocorrem principalmente pela dificuldade de compreensão de seu caráter substitutivo em relação ao modelo assistencialista hegemônico, com o qual ainda convive, por parte dos usuários e dos grupos interessados em manter tudo como está.

3 – O PSF como estratégia para consolidação do SUS:

O PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), em seguimento ao trabalho realizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado e implantado em 1991.¹¹ Foi através deste que se iniciou o processo de mudança de paradigma no atendimento à saúde, deslocando o foco do indivíduo para a família e a comunidade, de forma mais abrangente, privilegiando a promoção e a prevenção em detrimento do assistencialismo curativo e desvinculado da realidade social vigente até então.

Os resultados obtidos pelo trabalho dos agentes comunitários, mesmo não sendo estes profissionais de saúde no sentido estrito do termo, levaram o MS a implementar o PSF como uma forma de ampliação do trabalho educativo comunitário do PACS. Partindo de um

modelo centrado na atenção primária, e incorporando os princípios norteadores do SUS, o PSF foi estruturado de forma a:

- Prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos;
- Reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social;
- Garantir a equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do município, avançando na superação das desigualdades sociais.¹²

Este novo modelo para a saúde, instituiu a criação de vínculos e de compromissos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A estratégia de saúde da família, conforme citado em documentos do Ministério da Saúde, visou a reversão do modelo assistencial através da “mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a base assistencial em novas bases e critérios”.¹³

Ainda segundo o Ministério da Saúde¹³, esta estratégia possibilitou focalizar o trabalho na atenção à família, a partir do ambiente onde esta vive, permitindo um melhor entendimento do processo saúde-doença, direcionando as intervenções para um conteúdo político-social que conseguisse transformar as ações de melhoria das condições de vida da sociedade como um todo. A base de sua atuação envolve princípios com algum grau de flexibilidade, porém subordinados àqueles anteriormente já citados, do SUS.

Estes princípios buscam, em essência, desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, de forma a atuar precocemente nos momentos iniciais de desenvolvimento das enfermidades, assim como sobre os riscos sanitários e ambientais, por sua vez geradores de agravos aos indivíduos, garantindo melhores níveis de saúde e qualidade de vida para todos.¹³

O trabalho no PSF é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde.¹³ A incorporação de outras categorias de profissionais da saúde, como dentistas e outros profissionais de nível médio da odontologia, psi-

cólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos e outros, pode ocorrer a partir da demanda e das características da organização dos serviços de saúde locais, de forma a propiciar a realização de atividades em grupo junto à comunidade.¹³

Os profissionais das equipes de saúde são responsáveis por uma população adscrita, em uma área de abrangência definida, onde residam de 600 a 1000 famílias, com um limite máximo de 4500 habitantes.¹³ O Ministério da Saúde permite a flexibilização destes critérios de acordo com as características sóciopolíticas, econômicas e geográficas da região. Estes profissionais devem residir no município onde atuam e trabalhar em horário integral, de forma a garantir a criação de um vínculo com as famílias sob sua responsabilidade.¹³

As equipes do PSF devem desenvolver seus trabalhos de forma dinâmica, sob constante reavaliação das ações realizadas, principalmente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de sua área de atuação. Conforme definido pelo MS, as equipes deverão ser capazes de:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados nos indivíduos, nas famílias e em seu entorno;
- realizar visitas domiciliares programadas ou pontuais, definidas a partir de critérios epidemiológicos e de situações de risco, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias e dos indivíduos, de forma racionalizada;
- prover internação domiciliar, quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem, com o intuito de humanizar e garantir conforto ao paciente, sem, no entanto, substituir a hospitalização, sempre que esta se mostrar necessária;

- estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.¹³

O PSF tem um caráter fundamentalmente substitutivo em relação ao modelo centrado no médico e no hospital, alterando as práticas convencionais de assistência para um processo de trabalho baseado no conceito de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.¹³

As Unidades de Saúde da Família estão inseridas no primeiro nível do sistema municipal de saúde (atenção primária), devendo estar vinculadas a uma rede de serviços, de forma a garantir atenção integral à população e assegurar a referência e contra-referência para os diversos níveis de maior complexidade, visando a resolução de situações ou problemas que exijam o atendimento especializado ou hospitalar.¹³

O atendimento a nível primário deve ocorrer para todas as faixas etárias, incluindo o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica e pequenas cirurgias ambulatoriais¹³, de forma multiprofissional e interdisciplinar, respeitando os limites de conhecimento e atuação de cada profissional.

Um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz das equipes é necessário, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas, possibilitando um aperfeiçoamento profissional através da educação continuada. Este mecanismo de atualização é importante para o desenvolvimento da própria concepção da equipe e da vinculação dos profissionais com a população, características que fundamentam todo o trabalho do PSF.¹³

O planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as universidades e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos. A formação em serviço deve ser priorizada, iniciando com o treinamento introdutório da equipe e prosseguindo com a formação preferencial em serviço, inclusive com o uso da educação à distância como método de aprendizagem.¹³

A questão do treinamento dos recursos humanos transforma-se num instrumento de vital importância para a compensação das deficiências individuais dos profissionais envolvidos com a estratégia, já que, em sua maioria, não estão suficientemente sensibilizados para executar um trabalho em equipe de cunho verdadeiramente interdisciplinar.

Enxergamos estas deficiências como resultado de

currículos de graduação que não prevêm, em sua grade disciplinar, um espaço para o trabalho em equipe, onde cada futuro profissional seja capaz de conceber espaços de atuação conjunta, ainda dentro da Universidade.

Acrescemos à questão da atuação conjunta dos diversos profissionais de saúde, a existência da separação interna dos diversos saberes na área da saúde em função da ênfase à especialização, prejudicial à humanização da atuação profissional, conforme reconhece o Departamento de Gestão da Educação na Saúde do próprio Ministério da Saúde, quando nos refere, em seu documento de instituição das diretrizes para a organização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde¹⁴, que:

“A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas.”

O reconhecimento destes espaços de interação profissional, em nossa opinião, facilitaria a execução, na prática, de um trabalho de cunho verdadeiramente interdisciplinar, partindo do que ETGES¹⁵ define quando nos diz que:

“A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade (...) não podendo jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade”.

A discussão dos conceitos de interdisciplinaridade dentro da realidade atual do PSF é de fundamental importância para provocar mudanças na formação dos diversos profissionais envolvidos com a estratégia de saúde da família desde o início de tudo, na graduação, onde se formam os princípios éticos do exercício profissional.

4 – Interdisciplinaridade no PSF - a teoria na prática:

Como já vimos antes, o PSF tem como pressuposto básico o trabalho em equipe, composta de vários profissionais de nível superior e médio, com o objetivo de realizar uma intervenção de caráter primordialmente preventivo e de promoção à saúde, em uma população territorialmente adscrita, visando especialmente a educação de grupos de risco, com maior propensão a adoecer ou a complicar, em função de patologias pré-existentes e/ou falta de informação.

A questão que se apresenta em relação ao trabalho em equipe multiprofissional é exatamente se esta relação tem caráter interdisciplinar ou não. Conforme já descrito nos parágrafos anteriores, são vários os fatores que influenciam na concretização da interdisciplinaridade, porém, antes de entrar no mérito destes, torna-se importante definir o que quer dizer interdisciplinaridade.

Como o termo é complexo, controverso e tem várias interpretações, recorreremos a Japiassu para diferenciar o que é multidisciplinar e pluridisciplinar, do que se entende por interdisciplinar, para aí então, conceituarmos interdisciplinaridade propriamente dita.

Segundo JAPIASSU.⁸

“... ‘disciplina’ tem o mesmo sentido que ‘ciência’. E ‘disciplinaridade’ significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos do ensino, da formação, dos métodos e das matérias; ...”

Japiassu introduz o fato do termo interdisciplinaridade não possuir um caráter epistemológico definido e acabado, tratando-o como um neologismo que se presta a múltiplas interpretações. A partir da possibilidade de ter muitos significantes é que provem o fato de ser tão difícil trabalhar conceitualmente este tema. O autor frisa a importância de diferenciar interdisciplinaridade de conceitos semelhantes, como ‘multidisciplinaridade’ e pluridisciplinaridade.

Em relação à multidisciplinaridade, Japiassu pondera:

“... devemos afastar como inadequado o termo “multidisciplinar”, pois só evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado. Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores do conhecimento, sem

que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas”.⁸

Quanto ao termo pluridisciplinar, o autor o define como sendo uma

“justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas – um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos, com cooperação mas sem coordenação”.⁸

Japiassu refere-se ao multidisciplinar e ao pluridisciplinar como um “agrupamento intencional ou não” de conhecimentos, sem, no entanto, haver uma busca real de objetivos comuns. Já em relação à interdisciplinaridade, o mesmo autor escreve:

“a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados”.⁸

Conceituado desta forma, o termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação no PSF.

No entanto, a prática nos leva a uma realidade totalmente distinta, em que o trabalho em equipe se aproxima mais do que podemos rotular como pluridisciplinar, já que os conhecimentos profissionais dos componentes das equipes não se integram, reproduzindo o que foi aprendido nos bancos universitários.

Geralmente há uma dificuldade de interação entre o médico, o enfermeiro, o odontólogo e o pessoal de nível técnico, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existe em cada componente da equipe. Esta falta de integração e comunicação entre os profissionais tem, certamente, a sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem intera-

gir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.

Acrescemos a este fato a estrutura flexneriana de nossos currículos que dificulta a integração entre as diversas disciplinas básicas e clínicas/profissionalizantes dos cursos da saúde, com seu caráter biologicista e, porque não, reducionista, que transforma o profissional num técnico e o paciente num objeto de intervenção e estudo, sem personalidade e sem alma.¹⁶

A nova tendência à formação de profissionais generalistas, com formação mais ampla, sem ênfase na especialização, pode levar a uma modificação do perfil profissional de nossos acadêmicos e, em consequência, de nossos profissionais, os quais deverão aprender a atuar em conjunto dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde e concretizado pela estratégia de saúde da família. Com esta finalidade foram instituídas as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em saúde pelo Conselho Nacional de Educação, em novembro de 2001.⁷

Em relação à formação generalista dos profissionais de saúde, mormente do médico, Souza nos adverte:

“No mesmo sentido, se hoje está valorizada a formação generalista na área da saúde, é imperioso rever esse conceito que, ao ressurgir para compensar a hiper-especialização médica, corre o risco de ser convertido numa especialização como as demais. Há necessidade de rever os paradigmas de formação em saúde, constituindo o aprendizado em torno de temas e problemas, com passagens entre os diversos conhecimentos que irão se alastrando, enquanto o objeto se amplia, no sentido de captar as interfaces”.¹⁷

A partir das novas diretrizes curriculares e de sua implantação nos cursos de saúde, será possível intervir ainda nos bancos universitários para formar uma cultura mais geral de convivência multiprofissional, com respeito às peculiaridades de cada profissão, trabalhando e interagindo dentro de uma equipe, a fim de modificar os atuais padrões de atuação profissional para outro com características interdisciplinares.

No entanto, Gomes reforça que:

“(…) a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu sa-

ber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida”.¹⁸

Com uma formação mais humanística e de caráter geral, será possível ao médico interagir com seu colega enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, e recorrer aos mesmos para implementar esquemas de ação que levem a um objetivo comum, a partir do conhecimento do que cada um pode realizar para uma melhor atuação coletiva.

Obviamente o mesmo vale para os outros profissionais, que poderão assumir maiores responsabilidades perante a população atendida, diluindo a enorme responsabilidade que atualmente ainda recai sobre o médico, visto como a figura central e objetivo final do atendimento à saúde pela população.

A este respeito, GOMES¹⁸, escreveu confirmando que: “O saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Esta visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes sobre outros, como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde-doença”.

A interdisciplinaridade, como conceitua Japiassu, torna-se a pedra de toque da mudança dos valores profissionais que, por sua vez, leva a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais conceitos como universalidade, equidade e integralidade. Estes princípios podem vir a ser o motor da transformação conceitual do (in)consciente coletivo da população, que ainda não absorveu a importância vital da ênfase à prevenção e à promoção, em detrimento do meramente curativo e hospitalocêntrico, de caráter imediatista, ainda vigente em nossa sociedade.

Consideramos a estratégia de saúde da família como sendo de vital importância para o aprimoramento das novas relações que devem existir entre os profissionais de saúde e entre estes e a população, GOMES¹⁸ nos esclarece que:

“... Percebendo-se a interdisciplinaridade como um princípio a ser resgatado, inerente à própria essência da construção do conhecimento ou como uma atitude ou postura a ser desenvolvida frente ao saber, tem-se uma

vasta trajetória a percorrer, trajetória esta conflitante e trabalhosa, mas também fecunda, rica e criativa, através da qual objetiva-se a superação da dicotomia teoria-prática, tão presente e tão criticada em nossos dias.

“... No interdisciplinar encontra-se tanto o desafio pertencente à busca da unidade na multiplicidade, quanto o desafio de aprender a lidar com as nossas próprias diferenças, assim como as dos outros, considerando-as não como entraves à nossa prática, mas sim, como ricas e estimulantes em suas peculiaridades”.

5 – Considerações finais:

A mudança do modelo de atenção à saúde ainda vigente no Brasil é uma tarefa gigantesca, do tamanho do próprio país e de sua população. Os desafios são imensos, e a luta contra o já estabelecido é o pressuposto básico desta mudança almejada por todos aqueles que lutaram e ainda lutam por uma nova sociedade mais justa.

Os princípios lançados pela VIII Conferência de Saúde em 1986⁹, materializados pela Constituição Federal de 1988¹ e operacionalizados com a criação do SUS em 1990, através das suas leis orgânicas, 8080/90² e 8142/90³, iniciaram o processo de reforma da atenção à saúde no Brasil.

Em 1994, ao lançar o Programa de Saúde da Família, como uma estratégia de implantação e consolidação do SUS, o Ministério da Saúde colocou em marcha modificações profundas na forma de atuar e de trabalhar a saúde, a partir de seus princípios que se baseiam na universalidade de acesso, na equidade e na integralidade das ações.

O trabalho em equipe no PSF iniciou um processo de resgate da cidadania e da valorização profissional de todos aqueles que escolheram a saúde pública como seu campo de atuação, melhorando a remuneração e promovendo a integração entre profissionais que até então pouco se relacionavam em seu cotidiano.

Entendemos que este processo de integração, através de práticas verdadeiramente interdisciplinares, é um processo em construção que depende basicamente do tipo de profissional a ser formado nos bancos das Universidades, um profissional de saúde engajado nas questões sociais e de cunho generalista, capaz de resolver cerca de 85 % das necessidades da população sob sua responsabilidade, através da ótica da prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.⁶

Conforme o próprio Ministério da Saúde preconiza, em relação à estratégia de saúde da família:

“Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde”.⁶

Uma vez que o próprio SUS ainda está em construção, lutando contra interesses corporativos e financeiros, também o PSF e o trabalho interdisciplinar em saúde ainda se encontra em seus primórdios, se desenvolvendo a partir das práticas e das ações daqueles que acreditam em sua concretização como uma nova estratégia de enfrentamento dos intermináveis problemas sociais e de saúde de nosso país.

Crendo firmemente na idéia de que uma formação profissional sólida, moderna e aberta, ainda na graduação, pode ser o fator modificador de todas as práticas em saúde, principalmente em saúde pública, propomos a estudar novas propostas e possibilidades para a modificação dos parâmetros de formação dos novos profissionais, sendo estes os únicos capazes de incorporar e trazer o novo ao que já existe, ineficiente e moribundo, arejando as idéias e as práticas, a fim de criar um novo modelo de atenção à saúde em nosso país.

A este respeito, Souza introduz a seguinte questão:

“Se a interdisciplinaridade pressupõe a possibilidade de reduzir a hegemonia dos saberes, de projetá-los numa mesma dimensão epistemológica, sem negar os limites e a especificidade das disciplinas, como concretizar este intento? Várias alternativas podem ser visualizadas, havendo discordâncias quanto à espacialidade/temporalidade, à correlação entre as disciplinas biológicas e sociais, à carga curricular, à formação docente, à possibilidade real de construção de práticas, todos problemas solúveis, mas que necessitam de um definido projeto acadêmico/pedagógico, tendo em vista o perfil necessário dos profissionais para atenderem de fato a saúde compreendida em relação às condições de vida.

“O projeto interdisciplinar implica a revisão do campo teórico-prático da disciplina profissional, pro-

pondo sua desterritorialização, tendo o sentido de abrir os feudos referentes a conhecimentos compartimentalizados, ainda refratários à aproximação e à troca entre os saberes”.¹⁷

O momento é propício para a transformação do trabalho individual realizado pelas diversas profissões em um trabalho coletivo em saúde, de caráter interdisciplinar, o que poderá contribuir para uma redefinição dos rumos a serem tomados em relação à formação, à pesquisa e aos currículos de cada curso de saúde, procurando espaços possíveis de contato, visando uma troca de conhecimentos, técnicas e práticas que levem a um novo paradigma ético do trabalho em saúde.

6 – Referências Bibliográficas:

- 1 – BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 2 - BRASIL. Lei nº 8080/90. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990, seção I.
- 3 - BRASIL. Lei n 8142/90. Brasília: Diário Oficial da União, p. 25694, 31 dez. 1990, seção I.
- 4 - PEREIRA, ^aC. et al. Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre : Artmed, 2003.
- 5 - VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 7 - BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: < <http://www.redeunida.org.br/diretrizes/medicina.asp>>. Acesso em 26 junho 2003.
- 8 - JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- 9 - BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- 10 - CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; OLIVEIRA JR, M. (org). Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, [s/d]. Cadernos de Saúde, 2.
- 11 - SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade, [s.l], v.10, n. 1, p. 33-53, 2001.

- 12 - RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Ações em Saúde: Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, [s/d]. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/objetivos_psf.shtml. Acesso em 20 outubro 2003.
- 13 - BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- 14 - BRASIL. Ministério da Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde: diretrizes para sua organização. Brasília, 2003. Digitado.
- 15 - ETGES, N.J. Produção do conhecimento e interdisciplinaridade. Educação e Realidade, v. 18, n. 2, p. 73-82, 1993.
- 16 - CUTOLO, L.R.A. Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- 17 - SOUZA, A.S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. Revista de Atenção Primária à Saúde – NATES/UFJF, Juiz de Fora, ano 2, n. 2, p. 10-14, mar./jun. 1999.
- 18 - GOMES, D.C.R. (org). Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997.