



INTERDISCIPLINARIDADE NA VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

LINS, Maiani Pereira das Rosa de ²
BARBOSA, Tatiane Muniz ³
MATIA, Fernanda de ⁴

RESUMO

Entender o conceito de interdisciplinaridade e suas contribuições para o trabalho em saúde coletiva são desafios que se apresentam à atuação dos profissionais em saúde, e em razão disto, esta pesquisa teve por objetivo conhecer as vivências de profissionais que atuam em uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) a respeito da interdisciplinaridade no cotidiano da unidade de saúde. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 07 profissionais integrantes de uma equipe da ESF, dentre as profissões de medicina, enfermagem, odontologia, técnico(a) de enfermagem, agente comunitário(a) de saúde e auxiliar de consultório dentário, sendo que os dados obtidos foram submetidos à análise temática. Através das 05 categorias que surgiram da análise, percebe-se que o termo interdisciplinaridade é ainda novo e vem sendo confundido pelos profissionais com trabalho multidisciplinar. Ainda assim, a pesquisa revelou que mesmo havendo confusão entre interdisciplinaridade e trabalho multidisciplinar os profissionais destacam necessidades que possuem ligação com o que se pretende de um trabalho interdisciplinar. Desta forma, destaca-se a importância de novas pesquisas que tragam maior visibilidade a respeito da contribuição que o trabalho interdisciplinar pode trazer para a área da saúde e para os profissionais que nela atuam.

Palavras-chave: Equipe Interdisciplinar de Saúde, Saúde da Família, Saúde Coletiva.

¹ Esta pesquisa trata-se de Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC);

²Psicóloga, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) - Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) Av Castelo Branco, 170 Bairro Universitário – CEP 88509-900 – Lages/SC Brasil. Email: maiani@uniplac.net.

³Psicóloga, mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, docente no curso de Psicologia e coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) - Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) Av Castelo Branco, 170 Bairro Universitário – CEP 88509-900 – Lages/SC Brasil. Email: tatiane@uniplac.net.

⁴Enfermeira, especialista em Saúde da Família, tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) - Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) Av Castelo Branco, 170 Bairro Universitário – CEP 88509-900 – Lages/SC Brasil. Email: fernandamatia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política pública implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde visando a reorganização da atenção em saúde no país e conseqüente consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Santos; Cutolo, 2004). Uma das formas de atuação que pode ser utilizada pelos profissionais, enquanto trabalhadores da referida estratégia, é a interdisciplinaridade. Saupé, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005), demonstram, através de pesquisa, que a interdisciplinaridade se constrói em cima de uma realidade concreta, no âmbito das práticas, dos cotidianos, das demandas e das necessidades dos usuários, sendo um dos caminhos que possibilita a aproximação de uma prática de atenção integral em saúde preconizada pela ESF.

O trabalho interdisciplinar pode ainda levar os profissionais à reflexão sobre atitudes e ações necessárias aos trabalhadores em saúde para a efetivação de um fazer que vise a comunicação entre as profissões, pois, para Japiassu (1976, p. 74) “a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real entre as disciplinas”.

Meu contato com a ESF, aconteceu enquanto integrante da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) de Lages/SC, através do trabalho em uma equipe da ESF. Pude constatar que um “novo” modelo de atenção em saúde requer que os profissionais trabalhem em equipe composta por diversas profissões e de forma interdisciplinar, sendo fundamental a comunicação e a troca de experiências para que aconteça o compartilhar de saberes e fazeres entre as diferentes profissões.

Assim sendo, o objetivo geral desta pesquisa foi de conhecer as vivências dos profissionais que atuam na ESF com relação à interdisciplinaridade como ferramenta para o trabalho em saúde, tendo como objetivos específicos: 1) verificar o significado da ESF para os profissionais; 2) identificar os motivos que levam os profissionais a se inserir em equipes de ESF; 3) conhecer o entendimento dos profissionais a respeito de interdisciplinaridade; 4) descrever as vivências dos profissionais a respeito da interdisciplinaridade no trabalho em saúde e 5) identificar as possibilidades e dificuldades dos profissionais para a atuação interdisciplinar em saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para a concretização deste estudo optou-se pela pesquisa qualitativa, pois, segundo Minayo (2004, p. 28), “qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo”.

O local escolhido para a pesquisa foi o município de Lages, no interior de SC, que conta hoje com 38 equipes da ESF, 28 equipes de Saúde Bucal e 06 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A presente pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde de um bairro periférico da cidade, que tem uma equipe de ESF composta por doze (12) profissionais, sendo que sete (07) deles, de diferentes profissões, participaram da pesquisa. Foram realizadas entrevistas com os seguintes profissionais: 1 médico(a), 1 enfermeiro(a), 1 técnico(a) de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 2 agentes comunitários(as) de saúde. Destaca-se que entre os(as) 2 técnicos(as) de enfermagem foi escolhido(a) o(a) profissional com maior tempo de atuação na área da saúde, bem como entre os(as) 6 agentes comunitários(as) de saúde, também foram escolhidos(as) os(as) 2 profissionais com maior tempo de atuação na área da saúde.

Após anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para realização da pesquisa, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer favorável (Protocolo nº 022-10) conforme as diretrizes da Resolução 196/96, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As entrevistas seguiram um roteiro prévio com questões semi-estruturadas e os(as) participantes autorizaram a gravação das mesmas, que foram realizadas em uma das salas da unidade de saúde, sendo que foi realizada leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise dos dados aconteceu, conforme análise temática proposta por Minayo (2004), após leitura flutuante de todas as entrevistas, destaque das unidades de registros e posterior construção de categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente se faz necessário o conhecimento a respeito dos(as) participantes da

presente pesquisa e posteriormente serão apresentadas a análise e a discussão das categorias que se referem aos resultados desta pesquisa. Os dados foram organizados em cinco (5) categorias de análise definidas *a posteriori*, com base nas falas dos sujeitos pesquisados, conforme análise temática proposta por Minayo (2004).

Todos(as) os(as) sete (07) participantes são profissionais integrantes de uma equipe da ESF de uma unidade de saúde, sendo que seis (06) são do sexo feminino e apenas um (01) do sexo masculino, as idades variam entre 20 a 26 anos e 29 a 38 anos. Observa-se que os participantes são “adultos jovens” e predominantemente do sexo feminino, isso pode se dar pela função de cuidado que certas profissões carregam, como se fossem profissões tipicamente femininas. Conforme Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), existe um histórico envolvimento das mulheres no cuidado à saúde e à assistência das pessoas e, mesmo com as transformações nas famílias, as mulheres ainda adotam papel de cuidadoras.

O tempo de atuação na área da saúde de três (03) entrevistados(as) está entre dois (02) a seis (06) meses, um (a) (01) atua há um ano e 6 meses e três (03) entrevistados(as) atuam entre 5 a 9 anos; sendo que apenas um(a) dos(as) entrevistados(as) vivenciou experiências em outro nível de atenção à saúde que não o nível primário. Percebe-se que, de modo geral, os participantes da referida pesquisa atuam relativamente há pouco tempo na área da saúde e com experiências mais fortemente na atenção primária.

A seguir serão apresentadas as categorias obtidas através da análise dos dados.

SIGNIFICADO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Esta primeira categoria trouxe conhecimento a respeito do significado da Estratégia Saúde da Família (ESF) para os(as) profissionais entrevistados(as), sendo que estes destacam como importante o fato da ESF oferecer possibilidade aos profissionais para trabalharem visando a promoção e a prevenção em saúde coletiva, o que pode ser verificado através da seguinte fala:

“Eu acho que trabalhar com Estratégia de Saúde da Família é você conhecer o teu paciente no local onde ele vive, na realidade que ele vive, pra que a gente possa fazer as ações de promoção e de prevenção, e não só o tratamento” (Sujeito 4).

Existe grande foco destes(as) profissionais no que diz respeito a não ter como objetivo trabalhar a questão do tratamento, revelam a busca por uma atuação profissional que propicie a vivência de cuidado em saúde enquanto promoção e prevenção - ainda que citem esses dois fazeres como sinônimos - e não com a atenção voltada tão somente para a doença.

De fato a ESF tem como ferramentas a promoção e a prevenção em saúde, cabendo aqui destacar Czeresnia (2003) quando faz a diferenciação entre os termos promoção e prevenção, citando que as ações preventivas definem intervenções orientadas a fim de evitar o surgimento de doenças específicas. Já as estratégias de promoção em saúde visam à transformação das condições de vida e de trabalho, fortalecendo as capacidades individuais e coletivas.

Nas falas dos(as) pesquisados(as) também foi dado destaque à possibilidade de atender o usuário no local onde ele vive, ou seja, torna-se importante conhecer o contexto onde o usuário está inserido e não somente ouvir suas queixas dentro da unidade de saúde, onde as mesmas podem ter interpretação equivocada já que não traduzem a realidade vivenciada.

Os(as) profissionais entrevistados(as) demonstram também incômodo quando comparam o que é possível realizar enquanto trabalhadores da ESF e o que é preconizado na teoria. Alegam existir grande diferença com relação a estes fatos, como se pode observar:

*“Quando eu entrei, eu achei que ia ser uma coisa, que eu iria poder fazer muito por todo mundo, só que durante o trabalho a gente vê que não é bem assim, a dificuldade é muito maior”
(Sujeito 7).*

Este destaque dado pelos profissionais se refere ao trabalho dos mesmos no cotidiano das unidades de saúde, vivenciando os desafios para colocar em prática o que é preconizado na teoria para o trabalho em ESF. Com relação a este fato Andrade, Barreto e Bezerra (2006) destacam existir um processo de adaptação para as diversas comunidades brasileiras quando da implantação da ESF, envolvendo, dentre outros fatores, a capacitação dos profissionais, o compromisso dos gestores e o nível de “apoderamento” da comunidade.

Desta forma, considerando todo o contexto envolvido para implantação da ESF

nos diferentes locais, confirma-se que são muitos os desafios enfrentados pelos profissionais enquanto integrantes destas equipes, quando estes buscam colocar em prática o que conheceram na teoria e que possivelmente os instigou ao trabalho em saúde coletiva. Os(as) entrevistados(as) demonstram constatar que o preconizado pela teoria traria benefícios à população, por esta razão buscam vivenciar suas práticas pautadas nesta teoria, mas revelam sentimento de desapontamento ao perceberem os entraves que surgem na realidade das unidades de saúde.

Mas observando outro destaque dado por um dos entrevistados verifica-se também o reconhecimento a respeito do SUS (Sistema Único de Saúde) como política que vem possibilitando, em longo prazo, melhora na atenção à saúde da população:

“Acho que o SUS melhorou bastante, pelo menos quando a gente começou, quando a gente teve a visão da época da faculdade pra hoje, 15 anos depois, acredito que está bem melhor. Nunca vi o dentista, o médico que vai na casa das pessoas fazer esse acolhimento, esse atendimento, é um grande passo na minha visão” (Sujeito 3).

Este(a) participante além de reconhecer o movimento positivo do Estado em busca de políticas em saúde que visem mudança no modelo de atenção à saúde da população, ressalta vivências positivas ligadas ao trabalho com saúde coletiva que possibilitam maior contato com a população, aproximando usuários dos serviços e profissionais.

Como se percebe a ESF traz alguns significados para estes(as) entrevistados(as) onde os(as) mesmos(as) demonstram vontade de participar da mudança almejada para os serviços de saúde, e em conjunto com as políticas públicas desenvolvidas pelo estado colocar em prática ações que sejam realizadas possibilitando maior proximidade entre a população e os profissionais, com enfoque na prevenção e promoção em saúde.

MOTIVOS PARA ATUAR EM UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF não é viabilizada apenas em razão da implantação da mesma, mas também pelo comprometimento e envolvimento dos profissionais que nela atuam. Os(as) entrevistados(as) revelam que escolheram atuar em uma equipe de ESF por

gostarem desta área, conforme esta fala ilustra:

“Num primeiro momento a gente não tinha muita noção do que ia ser eu queria trabalhar e foi por isso que eu comecei a trabalhar, só que eu me identifiquei depois” (Sujeito 7).

A pesquisa revela que os(as) participantes iniciaram a atuação profissional na área da saúde e escolheram continuar na mesma área por se envolverem com o trabalho realizado, mesmo o(a) entrevistado(a) que cita que queria trabalhar e a primeira opção foi a área da saúde, relata que após iniciar a experiência profissional se identificou com esta área de atuação.

Através de outra fala observa-se que o gostar da atuação em saúde tem ligação com a possibilidade de vivenciar o processo de melhora do usuário em razão do mesmo estar sendo atendido no que ele de fato necessita:

“É questão de você ver o teu paciente melhorar e trabalhar com o que ele realmente precisa. Tem coisas que o dinheiro não compra, e ser feliz é uma delas e aqui é onde eu sou feliz, onde eu me realizo.” (Sujeito 4).

Esta fala remete à importância da proximidade entre usuário e profissional que pode possibilitar melhor entendimento sobre o que realmente é necessário para o processo de cuidado em saúde deste, cabendo destacar Franco e Merhy (2006, p. 122) quando citam que “Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde”.

Outro destaque obtido através desta fala diz respeito à satisfação encontrada pelos profissionais através de algumas questões referentes ao trabalho na ESF. Barros e Barros de Barros (2007) analisam a dor e o prazer no trabalho e destacam que o prazer tem ligação com uma situação ideal a ser conquistada, fato que pode ser confirmado quando este(a) profissional ressalta acreditar ser importante o trabalho focado no que o paciente realmente necessita e que a possibilidade de desenvolver um trabalho voltado para esta questão traz sentimento de realização, portanto de prazer.

Outro fator citado para a escolha do trabalho em ESF foi a proximidade com a população que esta atuação proporciona:

“No setor público a gente cuida mais da pessoa, tem como

chegar mais perto dela. A gente fica sabendo mais o histórico da pessoa, consegue ver a realidade realmente da pessoa, do pessoal do bairro” (Sujeito 5).

Este destaque fala a respeito do contato mais humanizado com os usuários proporcionado pelo trabalho em saúde coletiva, possibilitando também aos profissionais compreensão do contexto onde estes usuários estão inseridos, favorecendo o estabelecimento de vínculo, podendo tornar o trabalho em saúde mais prazeroso para profissionais e efetivo para usuários. Para Franco e Merhy (2006) a idéia do vínculo sempre esteve ligada ao ato de cuidar que é próprio do trabalho em saúde.

Outra questão citada refere-se à estabilidade financeira como motivo para buscar o trabalho em saúde coletiva, justificando que o trabalho no setor privado traz insegurança neste sentido:

“Primeiramente pensei mais no lado da estabilidade, porque concursado você tem uma certa garantia no trabalho” (Sujeito 3).

Nesta fala percebe-se que a motivação inicial para o trabalho em saúde coletiva foi a busca por estabilidade financeira, fato que poderia comprometer o desempenho deste profissional, caso ele não demonstrasse estar integrado a equipe e não se sentisse envolvido pela proposta, como citou em seguida:

“Quando a gente começa a trabalhar mesmo na área pública é que a gente vê que é capaz de muita coisa e que a gente pode trabalhar a prevenção e melhorar muito mais. A gente tem muito trabalho e é muito interessante, você vai vendo os resultados” (Sujeito 3).

Chama a atenção o fato de nenhum dos(as) entrevistados(as) ter citado a possibilidade do trabalho em equipe como algo que tenha sido motivo de interesse pelo trabalho na ESF, sendo que Araújo e Rocha (2007) destacam ser necessário, para desenvolver e humanizar o trabalho em saúde, ações estruturadas e desenvolvidas em equipe.

Os(as) entrevistados(as) destacam como motivo para escolher a atuação em equipe de ESF o gostar da área, gostar da proximidade com a comunidade, estabilidade financeira, mas não fazem referência a algo que é preconizado pela ESF, ou seja, o trabalho em equipe. Talvez isto aconteça em razão da própria formação destes(as)

profissionais que saem de seus cursos técnicos ou graduações para o mercado de trabalho sem vivenciar uma forma de atuar que busque proximidade com as demais profissões e saberes.

De acordo com Carvalho e Ceccim (2006) é necessário que na graduação os estudantes aprendam a transformar conhecimentos científicos em saberes e práticas, avaliando criticamente sua atuação, interagindo com colegas de trabalho e construindo a produção de saúde de modo responsável e comprometido.

ENTENDIMENTO SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE

O conceito de interdisciplinaridade vem expandindo suas práticas e discursos para outras áreas, dentre elas a área da saúde e talvez por ser ainda um conceito muito novo para os profissionais da área é que os(as) participantes desta pesquisa, apesar de revelarem envolvimento com relação ao trabalho em equipe, demonstraram dificuldade para discorrer a respeito do que significa interdisciplinaridade. Alguns destacaram como sendo uma forma de definir regras para a equipe de trabalho ou simplesmente como sendo o trabalho da equipe dentro da unidade de saúde:

“Eu entendo que seja um conjunto de regras, alguma coisa que venha no sentido de ter regras em grupo. Eu acho que deve ser isso, uma regra de uma equipe” (Sujeito 1).

“Eu acho que é o trabalho em equipe, deve ser o trabalho da gente aqui em equipe, como a gente faz dentro do posto” (Sujeito 5).

Os participantes da pesquisa não citam a troca entre as profissões como sendo algo que caracterize o trabalho em equipe e de forma interdisciplinar, cabendo destacar Japiassu (1976) quando ressalta que a interdisciplinaridade é caracterizada pela intensidade das trocas entre os profissionais. Quando um(a) dos(as) participantes cita a importância da troca entre os profissionais, se refere a este fato como sendo “trabalho multidisciplinar”, como se observa:

“Trocando idéias com os outros profissionais a gente cresce, todo mundo ganha, a população ganha, eu gosto do trabalho multidisciplinar, acho que funciona bem” (Sujeito 4).

Segundo Japiassu (1976), a multidisciplinaridade se caracteriza por uma ação simultânea de uma gama de disciplinas em torno de uma temática comum, sendo essa atuação, no entanto, ainda muito fragmentada, não explorando a relação entre os conhecimentos disciplinares, não havendo nenhum tipo de cooperação entre as disciplinas como acontece na interdisciplinaridade.

Os participantes demonstraram ainda entendimento e aceitação com relação ao trabalho em equipe, mas se referem mais a possibilidade de encaminhamento para os colegas de outras profissões quando necessário, não citando existir trocas a respeito dos casos atendidos. Japiassu (1976) destaca que a interdisciplinaridade busca fazer uma religação entre as disciplinas, rompendo fronteiras, assegurando as características de cada uma e estabelecendo trocas. Este fato, como já citado, não é observado nas falas da maioria dos participantes que alegam sentirem-se bem com o trabalho em equipe por poderem contar com o auxílio de outras profissões caso necessitem encaminhar os usuários:

“Se você não consegue resolver, tem ali do teu lado uma pessoa que pode te ajudar e isso é conseguir atender o paciente de uma forma geral, ta precisando de ir ao dentista, a gente já tem o dentista aqui do lado, então a gente pode estar um ajudando o outro com o seu conhecimento, com a sua profissão” (Sujeito 2).

Portanto o destaque dado se refere à importância do trabalho conjunto de todas as disciplinas, buscando atender o usuário em todas as necessidades, mas não citando trocas entre profissionais ou em reuniões de equipe.

Os(as) entrevistados(as) deram destaque a importância das disciplinas, que conforme Gomes e Deslandes (1994) de fato são importantes, já que a interdisciplinaridade não tem por objetivo anular as disciplinas. Estes autores citam ainda que para haver avanço na questão da interdisciplinaridade é necessário dar importância às disciplinas sem anular as especificidades de cada área de saber, mas é necessário também haver uma abertura em busca dos limites e potencialidades de cada disciplina, buscando um novo fazer coletivo.

Os(as) entrevistados(as) citam ainda encaminhamentos para outros serviços como sendo interdisciplinaridade:

“É ter um trabalho em conjunto, mais ramificado, que a gente possa buscar ajuda pro nosso serviço em outras estratégias, em outras coisas” (Sujeito 6).

Esta citação lembra a lógica do encaminhamento também para outros profissionais da rede de atenção a saúde da população, que também pode ser entendido como interdisciplinaridade, desde que não fique restrito apenas ao encaminhamento para o programa ou profissional que considere mais correto para atender ao caso, mas sim que exista a interação entre o profissional que encaminha e o que acolhe a demanda.

Um(a) dos(as) participantes demonstrou entender como importante a valorização do conhecimento de todos os profissionais para o trabalho interdisciplinar, destacando o compartilhar de conhecimentos como sendo de importância para o trabalho interdisciplinar:

“A gente tinha muito aquela visão do médico lá no topo, depois vinham os outros, você não tinha uma interdisciplinaridade, porque era só o que o médico dizia, ou só o que o enfermeiro dizia e você tinha que acatar, o teu conhecimento não era valorizado” (Sujeito 7).

Esta fala reflete o destaque dado por Fazenda (1991) quando a autora cita que a interdisciplinaridade depende basicamente da necessidade de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento. Talvez esta mudança de atitude ainda necessite de tempo e vivências de interação entre as disciplinas, já que a interdisciplinaridade se coloca como um conceito novo para as equipes de saúde e que precisa ser entendido pelos profissionais que nelas atuam.

VIVÊNCIAS DE INTERDISCIPLINARIDADE

Esta categoria buscou conhecimento a respeito do objetivo central desta pesquisa, que é o de conhecer as vivências dos(as) profissionais entrevistados(as) a respeito de interdisciplinaridade. A maioria destacou como sendo importante a participação nas reuniões de equipe, bem como demonstraram o entendimento de que a figura da enfermeira é central para o trabalho interdisciplinar:

“Aqui desde o começo a enfermeira sempre fez questão que

todos participassem das reuniões. Ou se vem alguém de fora pra fazer alguma capacitação, ela sempre quis que todos da equipe participassem” (Sujeito 3).

“A gente tem regras, tem horários, tem reuniões. A enfermeira que coordena tudo isso” (Sujeito 1).

O destaque é dado apenas para uma profissão, como se esta fosse a única a dar conta de desenvolver o trabalho interdisciplinar ou ainda, como se este se limitasse a participação em reuniões de equipe. Andrade, Barreto e Bezerra (2007) ressaltam como algo que fortalece a idéia de equipe interdisciplinar o fato de não haver centralização em apenas um dos profissionais de saúde que compõe esta equipe.

Nas experiências de vivências de interdisciplinaridade também foi dado destaque a questão dos encaminhamentos para outros profissionais, sendo que após estes encaminhamentos revelaram não acontecer a troca entre os profissionais, como se pode perceber:

“A gente consegue trabalhar bem, de estar um encaminhando pro outro, caminho pra consulta com o dentista, ou pro NASF...” (Sujeito 2).

“Se eu passei, ela vai atender, ai ela retorna “atendi, era isso e já encaminhei”” (Sujeito 6).

Esta equipe de profissionais revela entendimento de que o fato de existirem muitas profissões atuando no mesmo espaço já garante a qualidade nos atendimentos, não percebendo a importância de que aconteçam em alguns momentos diálogo a respeito das demandas que surgem, o que não significa invasão a outra disciplina, mas sim a busca de um entendimento mais completo a respeito do caso atendido, buscando e oferecendo informações e conhecimentos que possam complementar os campos de saber.

Como referem Saupe, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005), não se é interdisciplinar o tempo todo, em alguns momentos se faz necessário o saber específico de uma disciplina, mas os profissionais necessitam estar atentos para reconhecerem situações interdisciplinares que exijam cooperação de outros membros da equipe.

Este fato destacado pelos autores, de que não se é interdisciplinar o tempo todo, não descarta a riqueza do diálogo entre as profissões, sendo que nas entrevistas

percebeu-se que este diálogo e troca de experiências e informações parece acontecer, mas mais usualmente entre os profissionais de nível superior:

“Hoje mesmo eu atendi uma paciente que tem diabetes, eu já anotei e vou conversar com a médica pra saber como esta sendo feito o tratamento, se teria algum risco” (Sujeito 3).

Alguns apontamentos feitos revelam existir momentos onde se vislumbra a possibilidade para o exercício da interdisciplinaridade - mesmo que estes profissionais pareçam não perceber - como o destaque dado para a importância de uma equipe composta por diversos profissionais que acreditem no trabalho em equipe e que estejam comprometidos com a proposta. Ainda que este fato não seja garantia para a efetivação de um trabalho interdisciplinar, pode aproximar os profissionais do caminho para se chegar a esta forma de atuação, ou seja, uma equipe composta por profissionais comprometidos com colegas de trabalho, usuários e com o trabalho em saúde coletiva, pode abrir espaço para que o diálogo possibilite a aproximação entre os saberes e fazeres dos profissionais:

“Aqui a gente tem profissionais que realmente estão dispostos a trabalhar em equipe, acho que você tem que interagir com os outros, porque o teu paciente é um todo” (Sujeito 4).

Os(as) entrevistados(as) citaram aspectos importantes que também devem fazer parte do cotidiano em equipe para que a interdisciplinaridade possa acontecer de fato, como humildade, cooperação e respeito:

“O pessoal aqui é humilde, então se precisar de alguma coisa eles ajudam, é aonde a gente se da melhor em grupo” (Sujeito 5).

“Aqui eu acho que a proximidade é bem grande, não tem muita diferença, a gente é bem unido” (Sujeito 5).

“As pessoas tem respeito um pelo outro, ninguém é mais do que ninguém” (Sujeito 3).

De acordo com Saupe, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005), para que o trabalho interdisciplinar aconteça de forma natural e solidária é necessário que os profissionais ultrapassem suas arrogâncias pessoais e a necessidade de exercer poder sobre outros,

pois desta forma pode ser perdido o foco dos atendimentos em saúde que é o sujeito. Nesta equipe através das falas percebeu-se não haver impasses com relação a estas questões, pois verbalizam sentimentos positivos com relação a postura profissional dos colegas de trabalho, mesmo que talvez não percebam ser este fator de importante contribuição para o trabalho interdisciplinar.

Os(as) profissionais falam também a respeito de mudanças que vem acontecendo gradualmente e que contribuem para que a equipe consiga desenvolver o trabalho interdisciplinar:

“Agora está mudando um pouco, eles valorizam mais o que a gente traz, o que coloca pro grande grupo, pra todo mundo resolver junto, eu acho que isso é interdisciplinaridade” (Sujeito 7).

Este destaque remete a questão da interdisciplinaridade, pois se refere a possibilidade de falar e ser ouvido, de expor opiniões e buscar soluções em conjunto, citando que estes são fatores integradores de uma equipe, e uma equipe integrada onde seus membros sentem-se valorizados, pode ser um caminho aberto para o trabalho interdisciplinar.

Os(as) profissionais trazem ainda a questão da intersetorialidade como importante componente para a concretização do trabalho interdisciplinar:

“Quando a gente tem as reuniões com o NASF e o pessoal do CRAS a gente discute casos específicos, pra gente tentar inserir eles nas nossas demandas” (Sujeito 4).

Conforme Saupe, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005), existe a necessidade de que todos os atores intersetoriais se conheçam para que sejam desenvolvidos projetos coletivos, sendo que a intersetorialidade caracteriza a interdisciplinaridade num nível interinstitucional, podendo otimizar a execução de possíveis projetos de intervenção comunitária.

DIFICULDADES RELACIONADAS ÀS VIVÊNCIAS DE INTERDISCIPLINARIDADE

Através da análise dos dados obtidos nesta última categoria verificam-se algumas dificuldades, relatadas pelos(as) profissionais, para a realização de um trabalho

interdisciplinar. Um dos destaques dados foi a respeito do entendimento destes profissionais de que a comunidade dificulta o trabalho interdisciplinar:

“Eu acho que o que dificulta é a questão cultural da população, eles procuram o médico, esquecem que a consulta de enfermagem, a avaliação do técnico, mesmo a visita do agente comunitário de saúde é importante” (Sujeito 4).

Este entendimento dos profissionais de que a comunidade dificulta o trabalho interdisciplinar, à medida que prefere determinada categoria profissional e pretere outras, tem relação com o fato dos mesmos em alguns momentos confundirem interdisciplinaridade com trabalho multidisciplinar, sendo que o ultimo refere-se a uma equipe formada por diversas profissões trabalhando em um mesmo contexto, mas não necessariamente trocando experiências e saberes como se espera de um trabalho interdisciplinar, cabendo destacar que a clareza a respeito do trabalho interdisciplinar deve se dar na relação dos componentes da equipe, ou seja, algo que os profissionais devem desenvolver em conjunto e não algo que deva ser de responsabilidade da população atendida.

Outro fator destacado como algo que dificulta o trabalho interdisciplinar tem relação com o poder dado à profissão da medicina, sendo que a população ao reforçar esta questão, de certa forma pode boicotar as possibilidades de que os profissionais vivenciem momentos de humildade profissional, sendo que para Saupe, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005) a condição fundamental para o trabalho interdisciplinar diz respeito às atitudes dos membros da equipe onde os mesmos necessitam reconhecer as contribuições e limitações de cada profissional.

Mesmo confundindo interdisciplinaridade com trabalho multiprofissional, os entrevistados destacam em suas falas alguns fatores que possuem relação com a busca pelo trabalho interdisciplinar, como se pode perceber na seqüência da análise desta categoria que se refere às dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da unidade de saúde:

“A gente tem muita coisa pra fazer e quando você vê não dá tempo de se reunir, se encontrar pra debater. A gente muitas vezes tem dificuldade de fazer uma reunião de grupo entre nós, é uma hora só, as vezes uma hora não dá” (Sujeito 7).

“Nas reuniões, de equipe são repassadas informações” (Sujeito

3).

“Eu acho que poderiam acontecer mais estudos, porque as vezes chegam coisas que a gente não sabe. Muitas vezes a gente sabe o que fazer, mas como é uma hierarquia eu procuro passar sempre pra médica, porque ela tem mais conhecimento” (Sujeito 6).

Estes(as) entrevistados(as) destacam o fator tempo e as reuniões de equipe que são importantes para a concretização de momentos de troca entre os profissionais de uma equipe, mas cabe lembrar que reuniões de equipe deveriam ter como objetivo proporcionar espaço de troca entre os profissionais e não somente repasse de informações. Sendo que nesses espaços de troca e havendo tempo, podem acontecer as discussões de casos que possibilitam o entendimento conjunto a respeito da problemática que se apresenta, não ficando a cargo apenas de um profissional a resolução de tal problemática.

Para Santos e Cutolo (2004) os profissionais se formam sem interagir com outras profissões e não percebem a necessidade de criação de espaço comum de atuação que permita a troca e possibilite ações coordenadas para que sejam atingidos objetivos comuns. Talvez através desta questão abordada pelos autores surja a dificuldade de fazer reuniões de equipe com espaços de troca ou de criar em outros momentos estes espaços.

O fato de não existir tempo para discussões ou trocas durante as reuniões de equipe pode levar também a outro fator destacado pelos entrevistados que se refere a necessidade de que os profissionais conheçam o fazer uns dos outros:

“Acho que o que pode dificultar um pouco é a falta de conhecimento que cada um tem da área do outro. Por exemplo, se eu não tenho conhecimento do que a enfermeira faz como que eu vou trabalhar com interdisciplinaridade”. (Sujeito 3).

Cabe lembrar que os profissionais não necessitam conhecer o fazer das outras profissões apenas porque em razão deste conhecimento poderão realizar encaminhamentos, por exemplo, mas sim porque este conhecimento pode complementar o seu e auxiliar no crescimento profissional, possibilitando maior proximidade com o trabalho em equipe e desta forma também visar à integralidade nos serviços prestados aos usuários. Gomes e Deslandes (1994), afirmam que para avançarmos na questão da

interdisciplinaridade devemos lembrar que a disciplinaridade não pode ser anulada relegando as especificidades de cada profissão, mas temos que ter consciência dos limites e potencialidades de cada campo de saber para atingirmos um fazer coletivo. Lembrando ainda que a interdisciplinaridade proporciona justamente a aproximação entre as disciplinas, possibilitando com que uma complemente a outra através da troca entre os profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que são muitas as possibilidades e dificuldades encontradas para a concretização de um trabalho interdisciplinar, conforme Japiassu (1976) até mesmo o termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido claro, trata-se de um neologismo cujo significado e o papel precisam ser compreendidos pelos profissionais para que cada especialista transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus limites para acolher as contribuições das outras disciplinas.

Esta pesquisa demonstrou que apesar do termo interdisciplinaridade ter sido citado pela primeira vez na década de 70 não sendo, portanto, um termo recente, mas que surgiu no contexto da educação, para estes(as) profissionais da área da saúde a interdisciplinaridade se coloca ainda como uma expressão nova, sendo difícil para os(as) mesmos(as) discorrer a respeito. Mas estes(as) profissionais demonstraram necessidade e vontade com relação ao trabalho em equipe, podendo ser este o início do processo de entendimento a respeito de uma postura e de uma atuação interdisciplinar.

De um modo geral os participantes da pesquisa indicaram gostar do trabalho em saúde e demonstraram envolvimento com a população atendida. Entendem a interdisciplinaridade como sendo o trabalho em equipe multidisciplinar que desenvolvem na unidade de saúde, destacaram como facilitadores para esta atuação a participação em reuniões de equipes, o fato de existirem diferentes profissionais atuando juntos, com postura humilde, de respeito e cooperação e realizando encaminhamentos uns para os outros, mas, no entanto não citaram momentos de trocas entre as profissões.

Os participantes destacaram também fatores que dificultam o trabalho interdisciplinar, sendo que um deles evidencia novamente a confusão existente entre interdisciplinaridade e trabalho multidisciplinar, ou seja, o entendimento destes

profissionais de que a comunidade dificulta o trabalho interdisciplinar ao buscar o atendimento de apenas uma das profissões.

Demonstraram ainda necessidades relacionadas ao fazer interdisciplinar apesar de o confundirem com trabalho multidisciplinar como, por exemplo, o destaque que deram à necessidade que sentem de estudos de caso, de que existam trocas entre os profissionais para que cada um conheça o fazer do outro e a questão da intersetorialidade como sendo de importante contribuição, ou ainda através de algumas falas quando ressaltaram o fato da possibilidade de falar e ser ouvido, de expor opiniões e buscar soluções em conjunto, fatores estes que remetem ao trabalho interdisciplinar.

Esta variedade de dados obtidos ressaltou a importância de que sejam realizadas novas pesquisas abordando outras questões relacionadas à temática, como por exemplo, investigação a respeito das atitudes necessárias aos profissionais para o trabalho interdisciplinar ou ainda de que forma o trabalho interdisciplinar na ESF pode contribuir para a consolidação do SUS.

Enquanto residente e pesquisadora o conhecimento obtido através desta pesquisa me instigou a pensar na necessidade de que sejam realizados momentos entre as equipes onde estas possam ter conhecimento a respeito do que de fato trata o trabalho interdisciplinar e que possam colocar em prática esta forma de atuação, repensando suas práticas, obtendo crescimento profissional através do compartilhar de saberes, podendo através disto desenvolver um cuidado diferenciado em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe**: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007, p. 1-11.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C., BEZERRA, R.C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, G. W. S., MINAYO, M. C. S., AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006.

BARROS, R. B.; BARROS de BARROS, M. E. **Da dor ao prazer no trabalho**. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS de BARROS, M.E. (Org). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed Unijuí, 2007. p.62-71.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde**: aprendizados

com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Org).

Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006. p.137-170.

CZERESNIA, D. O. **Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção.**

In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria.** São Paulo: Edições Loyola, 1991.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF):** contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (Org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006. p.55-124.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. **Interdisciplinaridade na saúde pública:** um campo em construção. Revista latino-Americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 1994, p. 1-7.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família.** Arquivos Catarinenses de Medicina. Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2004, p. 31-40.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P; BENITO, G. A. V. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, 2005, p. 1-12.

WENDHAUSEN, A. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. **Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores.** Saúde e Sociedade, Itajaí, v. 15, n. 3, 2006, p. 131-144.