

A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos?

Patrícia Barreto Cavalcanti¹

Rafael Nicolau Carvalho²

Resumo: *No contexto atual do Sistema Único de Saúde o Programa Saúde da Família é a principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil e tem se constituído no principal indutor da atenção primária. Contudo, as ações multidisciplinares são complexas e comprometem a qualidade do atendimento prestado a população, seja pela forma como ocorre a organização dos serviços, seja pelas barreiras oriundas das formações profissionais. São abordados neste artigo problemas freqüentes nas discussões sobre a interdisciplinaridade na ação profissional no Programa Saúde da Família. Apresenta-se ao longo deste trabalho as perspectivas teóricas que tentam elucidar a conjugação de saberes e os conflitos que caracterizam a produção do cuidado em saúde no nível preventivo de assistência, ainda pautado pelo modelo flexneriano, por práticas profissionais individualizadas, muito aquém da clínica ampliada e do princípio da integralidade.*

Palavras-chave: *Interdisciplinaridade; saúde; família*

Antes de adentrarmos em nossas incursões teóricas na interface da interdisciplinaridade e o complexo campo da saúde, cabe-nos algumas perguntas iniciais: O que é saúde? O que é doença? Podemos dizer que estes são dois conceitos subjetivos, pertencentes a um universo de valores individual, particular a cada ser humano e também, coletivo, pois expressam as

¹ Professora Associada II do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Doutora em Serviço Social pela PUC-SP. Coordenadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social-SEPSASS. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- UFPB/CCS. Email: patriciabcaval@gmail.com

² Professor Assistente I do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Especialista em Programa Saúde da Família. Mestre em Serviço Social pela UFPB. Pesquisador do Setor de Estudos e Pesquisas em Serviço Social- SEPSASS. Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- UFPB/CCS. Email: professor.rafaelcarvalho@yahoo.com.br

representações sociais nelas embutida, por isso tornam-se termos de difícil explicitação, que implicam o uso de critérios derivados de um sistema de valores.

Etimologicamente, o termo “saúde” é derivado do latim *salute*, que significa salvação, em grego o significado é inteiro, real, integro, enquanto “doença” vem do latim *dolentia*, cujo significado é dor, amargura ou aflição.

Assim, por muitos anos, no transcurso da história da humanidade o conceito de saúde esteve ligado à ausência de doença; saúde e doença evoluíram dentro de um critério estritamente organicista e biologicista que negavam outros aspectos da vida humana e descartava as relações familiares e sociais. Hoje a saúde, entendida como um complexo de estruturas evoluiu desse antigo conceito para uma visão mais ampla onde aspectos psicossociais, ecológicos, organizacionais, que influenciam a própria natureza humana são levados em consideração.

A Organização Mundial de Saúde-OMS, define a saúde hoje como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social”, aparentemente ampliando a abrangência do termo ao inserir aspectos sociais. Mas podemos inferir sobre essa definição que desse modo, saúde como integridade não permite a fragmentação em saúde física, mental e social e, portanto, parte-se de uma visão holística que supõe entendê-la na interface de grande diversidade de disciplinas. Rabelo (1995) nos apresenta outro marco conceitual para a definição de saúde quando assumindo o conceito de felicidade que cada um pode dar ao termo “completo bem-estar”, evidenciando as diferentes necessidades do ser humano, como bem expressa, ao colocar a saúde como umas das necessidades básicas do indivíduo e suas satisfação no conjunto de outras necessidades: “Além da satisfação de suas necessidades de sobrevivência, o homem tem sempre sua atenção voltada para outras aspirações, que surgem após a satisfação, pelo menos parcial, das necessidades básicas” (RABELO, 1995, p.05).

Assim, a saúde – necessidade básica do indivíduo, passa desde modo a fazer parte de um conceito mais amplo e dinâmico,

definindo como parte integrante da Qualidade de vida, que expressa o esforço contínuo para tingir relações de bem-estar com o ambiente que o cerca.

Essa diversidade torna-se mais complexa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa para esfera coletiva. Nas palavras de Nunes (1995),

É preciso considerar a complexidade da área da saúde, uma vez que seu objeto tem base conceitual situada em campos bastante distintos como a física epidemiologia, ecologia, biologia, sociologia, antropologia, psicologia, história, ciência política, economia, administração, ética, genética, educação etc. (NUNES, 1995, p. 95).

Tal complexidade se acentua quando procuramos entender a saúde no âmbito do coletivo, cujo objeto envolve o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade e ainda a política social e econômica. Podemos assim dizer que como campo político, é um espaço específico em que articulação cooperativa entre as disciplinas constitui-se, parafraseando Foucault “um campo de correlação de forças”, relacionado à consciência social e política. Para se chegar a uma Saúde Pública, nos moldes os quais almejamos, é necessário um esforço interdisciplinar que tem como consequência uma abertura conceitual e histórica.

O campo da Saúde Pública foi demarcado historicamente por um modelo positivista, onde a doença vista como desvio e ameaça anômica a ordem e estrutura social era tratada basicamente através de uma ótica biocêntrica.

A década de 70 é marcada por profundas críticas ao modelo funcionalista na saúde. Em muitos países latinos, já se colocava o estudo da produção social das doenças, onde o adoecer era percebido através dos condicionantes econômicos, históricos e sociais. Apesar da ampliação de perspectivas, pode-se dizer que não houve um grande avanço para o diálogo interdisciplinar, muito embora já se questionasse, principalmente

na década de 80, a esterilidade do enfoque unidisciplinar, por mais abrangente que fosse sua análise.

Contudo, na década de 80, fortemente influenciada pela participação dos movimentos sociais consagra-se o conceito ampliado de saúde, exigindo novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção prática.

O que também se coloca em debate é que na Saúde Pública, como campo político, o espaço de hegemonia de uma disciplina ou de articulação cooperativa entre disciplinas é um **campo de correlação de forças**, fortemente relacionado à consciência social e política que se engendra no confronto das práticas. Hoje, pode-se dizer que desfrutamos de um consenso acerca da inegável complexidade do objeto de Saúde Pública.

Partindo dessas perspectivas e análises de Foucault, ressaltamos, pelo menos, três aspectos centrais a serem compreendidos no campo da Saúde Pública:

1. O processo de construção de saberes;
2. A articulação desse processo com poderes presentes num tempo e num espaço determinados;
3. O investimento simbólico enquanto causa e efeito dessa articulação.

Na configuração desses aspectos, perpassam explícita ou implicitamente as relações tecidas entre o processo saúde-doença e a sociedade. Nessa perspectiva a interdisciplinaridade coloca-se na área da saúde como uma exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho – a saúde e a doenças em seus múltiplos aspectos- envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.

Embora haja dificuldade de operacionalizar as práticas interdisciplinares no campo da saúde, essa é vista como um desafio possível e desejável, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe a seu favor, a ligação direta e estratégica como o mundo vivido, o mundo do

sofrimento, da dor, da morte, dos conhecimentos, das práticas e principalmente dos indivíduos que a compõem, vivem, sentem e experienciam a saúde em seus aspectos individuais e a fazem no âmbito coletivo e político.

Entre as dificuldades para a construção da proposta interdisciplinar, na área da saúde, podemos destacar a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, a relação do saber-poder disciplinar que aprisionam o conhecimento em compartimentos, a estrutura das instituições de ensino enquanto precursoras do conhecimento disciplinar voltadas para a formação do especialista, e o processo de trabalho heterogêneo e fragmentado em campos específicos materializado pelas diversas profissões que compõem a área da saúde.

São muitas as dificuldades para se trabalhar, numa perspectiva integradora de vários saberes, e o modelo vigente de formação profissional para a área da saúde reforça a formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia. As dificuldades não se limitam ao campo epistemológico, mas de vencer as barreiras que historicamente vem privilegiando uma determinada maneira de formar recursos humanos.

Conforme já citamos e cabe aqui ressaltar, a formação de profissionais de saúde, desde o início do século XX, tem sido orientada pelo modelo fragmentador e biologicista, atendendo ao modelo de saúde vigente, o qual pretendia oferecer a população a maior quantidade possível de serviços de saúde, centrados na consulta médica, voltada a tratar as enfermidades por meio da clínica e com a intermediação de várias tecnologias.

Mas, a partir da década de 70, com uma forte crise no setor e pelas crescentes reivindicações populares para uma política de saúde mais efetiva, em virtude dos altos índices de morbi-mortalidade, começa a ficar em evidência a inadequação desse modelo, fazendo surgir críticas aos sistemas de saúde, as instituições educacionais que preparavam recursos humanos para atuar no campo saúde.

Para a superação desse modelo, que estar no centro da crise da saúde, propõe-se a transição do paradigma flexneriano para outro, que Mendes (1996), denomina de paradigma da produção social da saúde, o qual tem seus fundamentos calcados na teoria da produção social. Tal teoria permite romper com a setorialização da realidade e assim responder por um estado de saúde em permanente transformação, rompe também com a ideia de um setor saúde, edificando-se como produto social resultante de fenômenos econômicos, políticos, ideológicos, sociais e cognitivos, o que para Mendes (1996) significa necessariamente inscrevê-la, como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade, como prática social, na ordem da intersetorialidade.

Obviamente podemos destacar, que com a mudança de paradigma e o conceito saúde evoluindo de um padrão organicista para uma visão holística (sistêmica), houve também uma alteração no processo de trabalho na área de saúde, que notadamente passou a deslocar o saber fundado na atuação médica, puramente organicista, para um saber mais sistêmico e coletivo, onde vários aspectos do indivíduo passam a ser considerada no processo saúde-doença criando espaço para atuação de outros profissionais que buscam o restabelecimento do indivíduo como um todo. Suas estratégias resultariam da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa num processo de cooperação que traz a marca do cuidado, da ação intersetorial, do desenvolvimento da autonomia das populações, na integração dos conhecimentos e na troca dos saberes.

Para Costa (2000), a dinâmica do trabalho coletivo na área da saúde se realiza através do processo de cooperação que compreende,

O conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde, efetivando-se em duas modalidades: cooperação vertical, em que as diversas ocupações participam de uma determinada organização hierarquizada de trabalho, e

cooperação horizontal, em que varias unidades participam do cuidado com a saúde (COSTA, 2000, p. 38).

Como podemos observar o processo de cooperação, envolve um conjunto de habilidades, saberes e atividades especializadas que ao se relacionarem, possibilitam o restabelecimento do “bem-estar” do individuo, num sentido micro e também colocam os serviços, tecnologias e os equipamentos em funcionamento, fazendo operar todo um sistema, num sentido macro da situação.

Aqui a prática interdisciplinar processada pelo trabalho coletivo em saúde, também se relaciona com outros aspectos de ordem estrutural do sistema como bem expõe Lessa (2003) sobre o trabalho coletivo em saúde, “um complexo de relações que se estabelecem por meio da política de saúde, da demanda dos usuários, da demanda das indústrias farmacêutica e dos equipamentos biomédicos” (LESSA, 2003, p. 66).

Outra característica do trabalho coletivo na saúde publica é a inter-relação pessoal intensa que ocorre entre produtores e consumidores dos serviços. Na saúde publica o usuário não apenas se beneficia do efeito final do trabalho coletivo de muitos profissionais que operam o sistema, mas também participa desse processo, alimentando de informações o sistema que levará aos profissionais definirem o diagnóstico e a construirém o plano terapêutico.

Podemos concluir que o trabalho coletivo na área da saúde publica envolve serias e conflitantes questões que estão intrinsecamente ligadas a mudanças conceituais, históricas, na atuação de diversos profissionais junto ao processo saúde-doença e no estabelecimento do próprio Sistema Único de Saúde- SUS, que garante a saúde como direito de todos.

Aproximando esse debate do nosso campo de investigação – O Programa Saúde da Família – trazemos a tona uma séria de questões que permeiam o debate da interdisciplinaridade no âmbito das práticas de saúde no programa criado para ser organizador do sistema.

Cabe aqui um parêntese para situar o leitor, em que consiste o Programa Saúde da Família (PSF). Tal programa foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (uma análise mais aprofundada sobre as polêmicas e perfectivas do programa serão abordadas no Capítulo II desse trabalho), em seguimento ao Trabalho realizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado e implantado em 1991. Foi através deste que se iniciou o processo de mudança de paradigma no atendimento a 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.

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 a assistência e a 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 a atenção em saúde de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos, avançando na superação das desigualdades sócias.

A estratégia de saúde da família, conforme documento norteador do Ministério (Brasil, 1998), visou à reversão do modelo assistencial através da mudança de objeto da atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a base assistencial em novas bases e critérios. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 1998),

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 desenvolvimentos das enfermidades, assim como sobre os

riscos sanitários e ambientais, por sua vez geradoras de agravos aos indivíduos, garantindo melhores níveis de saúde e qualidade de para todos (Brasil, 1998, p. 35).

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, com base num processo cooperação e integração dos conhecimentos conforme explicitamos anteriormente. A incorporação de outras categorias de profissionais 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 (Brasil, 1998).

Agora, retomando a discussão da interdisciplinaridade no âmbito do PSF, esta surge como elemento que vem imprimir/transformar as antigas práticas curativas em ações mais abrangentes de promoção e prevenção em saúde, acionando e articulando os diversos campos de saber expressos nas diferentes categorias que podem vir a integrar a equipe mínima do programa.

É nesse ponto que esse debate provoca muitos questionamentos, como bem coloca Teixeira e Nunes:

[...] é o reconhecimento oficial de que a formação dos profissionais que integram a equipe mínima do PSF: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde e a equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental), não atende ao desafio de mudança do paradigma de atenção á saúde [...] (2006, p.118).

A equipe mínima passa a ser constantemente questionada, como não propícia à prática interdisciplinar, manifestando, a necessidade de inclusão de outros profissionais para garantir a integralidade das ações.

Porém a efetivação de uma equipe com a combinação de diferentes profissionais de saúde, áreas afins, correlatas e/ou

diferentes não significa afirmar que seus processos de trabalho serão pautados pelos princípios norteadores do programa e pela prática interdisciplinar num processo de cooperação, em virtude das “impossibilidades” exposta anteriormente.

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 a formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades de realidades complexas. Formam-se, assim profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com as subjetividades e os aspectos sociais, morais e culturais dos indivíduos e das populações. Temos então profissionais que não conseguem operar outras tecnologias, tecnologias leves nos dizeres de Mendes (1996), e transformam seus “sistemas de conhecimentos” em células fechadas detentoras de suas verdades parciais que são postas como o saber dominante impressos numa prática fetichizada.

Acrescentamos 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 a humanização da atuação profissional, conforme reconhece o Departamento de atenção Básica, órgão do próprio ministério.

Conhecedor dessa realidade, o Ministério da Saúde passou a considerar um treinamento “Introditório” para oferecer aos profissionais conhecimentos básicos sobre a realidade social, práticas interdisciplinares, paradigmas do Programa Saúde da Família propiciando assim, a oportunidade de se aproximarem desses conteúdos não contemplados em suas formações. Nesse sentido outra estratégia incrementada pelo MS, foi à criação do Departamento de gestão da Educação na Saúde, quando nos refere diretrizes para a organização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que teria por objetivo oferecer formação continuada para os profissionais de saúde que viessem contornar a formação acadêmica deficiente para a prática interdisciplinar. O reconhecimento destes espaços de interação profissional,

propiciado pelos pólos de educação em saúde, facilitaria a execução, na prática, de um trabalho de cunho verdadeiramente interdisciplinar.

Aqui, o debate recai em outro âmbito, da formação acadêmica. Na medida em que o Ministério da Saúde reconhece a deficiência da formação dos profissionais de saúde para a prática interdisciplinar e passa a demandar um novo perfil de profissional. Essa nova demanda acaba influenciando as mudanças na formação acadêmica dos profissionais.

Mesmo com um novo conceito de saúde expresso desde o Movimento de Reforma Sanitária, de o Programa Saúde da Família ser reconhecido como elemento estruturante de um novo modelo de assistência à saúde, as formações acadêmicas dos profissionais que compõem a equipe básica não acompanharam com a mesma rapidez essas tendências.

Nesse ponto, acentua-se a necessidade de esclarecer que, tal como a Política de Saúde, a Política Nacional de Educação, na formação dos profissionais de saúde é, na verdade, definida por um projeto de sociedade que expressa às disputas de poder antagônicas, entre capital e trabalho, com forte articulação com o pensamento neoliberal fruto das imposições das agências multilaterais.

Assim, num movimento contrário a essa lógica, estrutura-se a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal do Programa Saúde da Família, bem como na crescente demanda emergente por cursos de pós-graduação na área citada, além do mais, os currículos acadêmicos dos cursos de graduação passaram a ser revistos.

Contudo, o que se evidencia na grande produção acadêmica sobre o tema é que as expressões de um cotidiano contraditório, em que a intenção de uma possibilidade de um trabalho coletivo tem dificuldade de transformar-se em gestos, visto que, a formação de sujeitos na sociedade também é contraditória, lenta e conservadora.

Campos (1996), afirma que muito dessas mudanças, também, se deve a postura dos profissionais em romper com as amarras do modelo biomédico, e em abertura para considerar o

conhecimento acumulado na prática dos profissionais de saúde e o conhecimento popular acumulado ao longo da história. No entanto, Gomes (1997) citado por Cutolo (2001) 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 saber, 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 em relação a sua vida. (Gomes, 1997 apud Cutolo, 2001, p. 38).

Para Teixeira e Nunes (2006), isso exige uma inter-relação e cooperação entre os conhecimentos adquiridos, habilidades e competências, isto é, o fazer profissional baseado na reciprocidade, solidariedade e interdependência disciplinar.

Para as autoras, as instituições formadoras, em geral e na área de saúde, tendem a priorizar uma formação voltada para o mercado de trabalho. Não priorizam uma educação mais abrangente, que forme cidadãos providos de capacidade crítica, que construa e defenda um projeto profissional articulado com um projeto de sociedade e que venha a responder as reais necessidades de saúde da população e em defesa da dignidade humana.

Trazendo esse debate para o campo de atuação do médico, entendido aqui como o profissional que opera o saber dominante e que os seus serviços são os principais produtos consumidos dentro das instituições de saúde, com uma formação mais humanística e de caráter geral, será possível esse profissional interagir com os demais profissionais das equipes sejam eles enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos e recorrer aos mesmos para implementar esquemas de ação que levem a um objetivo comum, a partir de um conhecimento que cada um pode realizar para uma melhor atuação coletiva.

Certamente o mesmo cabe para os demais profissionais que poderão assumir maiores responsabilidades perante a população atendida, terem o reconhecimento e valorização dos seus conhecimentos e tendo a possibilidade de potencializá-los e combiná-los num processo interdisciplinar diluindo o saber dominante centrado na figura do médico, ainda visto como figura central e fim último do atendimento à saúde da população. A este respeito Gomes (1997) afirma,

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 determinado saberes sobre outros, como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde-doença (GOMES 1997, apud CUTOLO, 2001, p. 38).

Ainda sobre a interdisciplinaridade o próprio Cutolo (2001) citando o conceito de Japiassú aponta,

A interdisciplinaridade 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 (CUTOLO, 2001, p. 39).

Consideramos que no momento em que uma Política Nacional de Saúde passa a implementar um Programa com a

dimensão do PSF e o define como estratégico para reordenamento do sistema, estar implícito a capacidade dessa condução política de criar mecanismos capazes de efetivar sua implantação, bem como, de revê-lo e refazê-lo em sua processualidade.

Assim a interdisciplinaridade não se encontra como debate central, apenas na ordem das práticas, da formação e orientação dos serviços em saúde, mas adquire viés político, ao re-significar a reciprocidade e a mutualidade, passa a exigir relações horizontais, capacidade de gestão participativa, mecanismos gerenciais democráticos, intersetorialidade, processos de relações pedagógicas e educativas.

Conforme apontamos acima, inútil seria pensar a interdisciplinaridade apenas no âmbito da prática, porém a sua não operacionalidade dentro do âmbito político- gerencial torna-se terreno infértil a sua efetivação, fato esse que, paradoxalmente, coexiste dentro do Programa Saúde da Família, materializado por suas ferramentas técnico-assistenciais. Embora o PSF incorpore uma estratégia de re-ordenamento do sistema de saúde, pautado pelo trabalho interdisciplinar, pelo processo de cooperação num trabalho coletivo baseado no conceito de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, seu modelo de gerenciamento e aplicabilidade entrava a sua razão máxima de existir, a transformação das práticas de saúde, contrariando seus próprios princípios e as flexibilidades, integração, mutualidade propostos pelos pólos de Educação.

A partir desse debate, entende-se que o modelo de assistência à saúde, identificado com esse paradigma vai exigir uma prática que tenha a concepção da atenção integral como o máximo e a cidadania como objeto (op cit, 2006, p. 126).

Práticas estas que necessitam de uma transição entre paradigmas, que se processam de forma lenta e nem sempre gradual, pois se necessita de uma política nacional, macro-estrutural que recaia num embate de projetos distintos e correlação de forças dos blocos em disputa pelo poder.

Sobressai-se nessa discussão a referência do modelo de saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, e o desafio, mais uma vez, de criar o novo em situação adversa.

Obviamente, esse debate não se encerra com os elementos explicitados nessa exposição, pois a interdisciplinaridade promove reflexões sobre diversos temas, de ordem política, organizacional, das práticas profissionais, da formação acadêmica, das relações entre os diversos ramos do conhecimento, das inter-relações entre usuários e profissionais, dentre outros.

Porém, deixamos a pergunta: como conectar essas diferentes dimensões, para a efetivação de um modelo de assistência que rompa definitivamente com práticas conservadoras e pragmáticas?

Acreditamos que a interdisciplinaridade é uma ferramenta que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa, das práticas gerenciais democráticas e descentralizadas, das satisfações dos usuários, do aumento da capacidade de gestão dos municípios que defendam esse paradigma.

Para isso, é necessário que a equipe se diversifique, inserindo profissionais que tenham em sua formação, conteúdos teórico-metodológicos que possam trazer conhecimentos que se completa ao clínico, ao epidemiológico, administrativo e ao gerencial.

Entendemos que a interdisciplinaridade não se limita às práticas executadas pelos profissionais das equipes, mas que perpassem todos os níveis de implantação do programa, no planejamento, na avaliação, no controle e no monitoramento, considerando os elementos qualitativos e plurais.

Essas transformações dependem, como já expomos da força de vontade dos profissionais, dos projetos societários para o setor saúde, das forças mobilizadoras dos segmentos sociais que possuem capacidade de se apropriar dos espaços reguladores de direitos.

Esse universo de sujeitos sociais representa a ponte para se mediar uma Política de Saúde comprometida com um modelo

diferenciado, capaz de criar condições de superar a lógica neoliberal.

Para tanto, se faz necessário que essa Política considere todas as dimensões do modo de adoecer, que fomente práticas baseadas numa visão crítica, e não paliativa, que se percebam os sujeitos dialeticamente dentro do seu contexto sócio-histórico e como expressão de uma coletividade que marca sua presença na história da sociedade.

Mesmo com suas inflexões, 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, bem como entre gestores e gerenciados na implantação da política de saúde e na efetivação dos princípios conceituais que sustentam a sua existência.

Percebendo, assim, a interdisciplinaridade como um princípio a ser resgatado, inerente a própria essência da construção do conhecimento ou como uma atitude ou postura a ser desenvolvida frente ao saber e dentro do PSF pode apontar que tem uma vasta trajetória a percorrer, conflitante e trabalhosa, mas também fecunda, através da qual se projeta a superação das práticas conservadoras e pragmáticas e menos fetichizada.

No interdisciplinar encontra-se tanto o desafio pertencente à busca da unidade na multiplicidade, quando o desafio de lidar e aprender a lidar com nossas próprias diferenças e limitações, bem como com as dos outros, considerando-as não como entraves a nossa prática, mas como diversas, plurais, ricas e estimulantes em suas especificidades.

Concluimos essa exposição, acreditando que a interdisciplinaridade encontra seus limites no processo histórico que condiciona nossas vidas e impõe barreiras, inclusive na nossa capacidade de imaginar possibilidades de integração. O horizonte que imaginamos orbita em relações menos autoritárias, hierarquizadas e fetichizadas para aqueles que vivenciam e operacionalizam a prática interdisciplinar, ou seja, os profissionais da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde.** In: MERHY, E.E; ONOCKO,R. *Agir em saúde: um desafio para o publico.* São Paulo: Hucitec, 1996.

COSTA, Maria Dalva Horacio. O Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes sociais. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº 62. São Paulo, Cortez: 2000.

CUTOLO, L.R.A. SANTOS, M.A.M. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos catarinenses de medicina.** v.33, nº 3. Santa Catarina: 2001.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas.** São Paulo: Martins Fontes, 1977.

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

JAPIASSÚ, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro, Imago, 1976.

LESSA, Ana Paula Girão. **O serviço Social no Sistema Único de Saúde.** UECE, Fortaleza, 2003

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

NUNES, E.D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel da ciências sociais. In: Canesqui, A.M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1995. p.95-113.

RABELO, Paulo Antonio. **Qualidade em saúde**. Rio de Janeiro, Qualityrime, 1995.

TEIXEIRA, M.O.; NUNES, S. T. **A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia?** In: Saúde e Serviço Social. BRAVO, M.I.S. [et al] 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

Recebido em 15/06/2010 e
aceito em 24/09/2010

***Abstract:** In the current context of the single Health System the Family Health Program is the main strategy of reorganisation of the model of health care in Brazil and has been the main inductor of primary care. However, the multidisciplinary actions are complex and compromise the quality of care provided to the population, either by as the organization of services, either by barriers coming of professional education. Are discussed in this article frequent problems in discussions about interdisciplinarity in professional action in family health Program. Presents over this work the theoretical perspectives that attempt to elucidate the conjunction of knowledges and conflicts that characterise the production of health care in preventive care, still with flexener's model, individualized professional practices far larger clinic and the principle of integrality.*

***Keywords:** interdisciplinarity; health; family*
