

Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família

Challenges to an interdisciplinary action in basic care: implications related to composition of family health teams

Gecioni Loch-Neckel¹
 Giane Seemann¹
 Helena Berton Eidt¹
 Michelli Moroni Rabuske¹
 Maria Aparecida Crepaldi^{1,2}

Abstract *The Family Health Program emerges as a new strategy of health care as well as a reorientation of the assistance model. Based on these presuppositions, this article reflects on the relationship between integrality in basic care and the composition of family health teams, in the view of the Family Health Program minimum team members, characterizing the possible fields of action and the contributions of other health professionals in the Family Health Program. Undergraduates and members of a Family Health Program team from a certain city in the south of Brazil participated in this research. The quality of personal or professional expertise of these professionals contributed to a better understanding of their intervention possibilities. The investigation also allowed the analysis of how the family health strategy has been reaching the members who constitute the minimum teams at local context. In addition to that, the research highlighted how the integrality and interdisciplinarity have been understood by the teams members, and the relationships between team arrangement and the (in)possibilities of action.*

Key words *Family Health Team, Integrality, Interdisciplinarity, Basic care*

Resumo *O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência. Partindo desses pressupostos, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre a relação entre integralidade na atenção básica e a composição das equipes de saúde da família, na perspectiva dos integrantes da equipe mínima do PSF, caracterizando as possibilidades de atuação e contribuições de outros profissionais de saúde no PSF. Participaram da pesquisa profissionais com curso superior, membros de equipes de PSF de um município no sul do Brasil. A qualidade da experiência profissional ou pessoal acerca da atuação desses profissionais contribuiu para o conhecimento sobre suas possibilidades de intervenção. A investigação permitiu também analisar como a estratégia de saúde da família tem atingido os integrantes que constituem as equipes mínimas no contexto local. Além disso, evidenciou de que maneira a integralidade e a interdisciplinaridade têm sido entendidas pelos que compõem tais equipes, e as relações entre a composição das equipes e as (in)possibilidades de concretizá-la.*

Palavras-chave *Equipe de Saúde da Família, Integralidade, Interdisciplinaridade, Atenção básica*

¹Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, UFSC. Campus Universitário Trindade. 88040-970 Florianópolis SC. gneckel@hotmail.com

²Departamento de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) se constituiu como uma proposta para mudança do processo de trabalho na atenção básica no Brasil, com o objetivo de qualificar a assistência à saúde da população com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde: descentralização, integralidade e controle social.

As equipes de saúde da família são compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agentes comunitários de saúde¹ e odontólogo². O PSF foi desenvolvido com o objetivo de estreitar laços de compromisso entre profissionais da saúde, educação, gestores e população usuária dos serviços de saúde. Essa iniciativa apresentou avanços importantes na prestação de serviços, uma vez que vem contribuindo significativamente para a efetivação de mudança no modelo assistencial, com ênfase na promoção de saúde da família¹.

Os cursos de capacitação em saúde da família no Brasil, na forma de especialização ou residência, têm sido construídos com caráter multiprofissional, incluindo profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros. Esses cursos são *locus* de experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. Além disso, os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como as residências e especializações multiprofissionais em saúde da família, abrem espaço para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no Brasil. A possibilidade de experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial, tanto os que já atuam no serviço público, quanto os que ainda não.

Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária³.

Conceituar a interdisciplinaridade não é tarefa fácil, pois se trata de um assunto vasto e complexo, o que dá margem para múltiplas formas de interpretação. Esta dificuldade acentua-se ainda mais na prática. O que ocorre nos serviços de saúde, na sua maioria, são encontros multidisciplinares, em que os profissionais permanecem com suas

práticas individuais, distanciando-se do trabalho interdisciplinar⁴.

Segundo Zannon⁵, interdisciplinaridade “são ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento”. Gomes³ acrescenta que o trabalho interdisciplinar envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos problemas e às suas soluções. O autor lembra que na prática interdisciplinar não se pretende uma desvalorização ou negação das especialidades. O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional. Para Meirelles⁴, é o diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa que facilita os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada e cidadã que contribui para melhorar a compreensão da realidade.

Ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes. Cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento⁶.

Para realmente ultrapassar o âmbito individual e clínico, é necessário “conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações”⁷.

Os conceitos de campo e núcleo são especificados por Campos⁸ de modo a combinar a necessidade de polivalência e especialização, e de conciliar autonomia com responsabilidade. “Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade” [...] “Por Campo, ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre o processo de saúde-doença”.

Em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar, uma vez que é justamente a partir de tal trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população. A partir desta abordagem, objetiva-se atingir maior eficiência e eficácia dos programas e serviços oferecidos à população. A partir disto, os Conselhos Federais e Regionais de cada categoria profissional vêm se organizando e lutando pela

inserção de seus trabalhadores nos serviços de saúde pública, o que inclui o Programa Saúde da Família. Isto acontece a partir de movimentos para a conscientização da importância de outros profissionais para a atenção integral da população, através de participação nas conferências de saúde, de mudanças curriculares, entre outros.

O presente trabalho tem como objetivo principal apontar as principais dificuldades encontradas pela equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (médico, enfermeiro e dentista) para a ação interdisciplinar na atenção básica no que se refere à composição destas equipes. Apresentar-se-ão resultados parciais de um trabalho de conclusão do curso de especialização multiprofissional em saúde da família da Universidade Federal de Santa Catarina, que discute a relação entre integralidade na atenção básica e a composição das equipes de saúde da família, na perspectiva dos profissionais incluídos na equipe mínima do PSF.

Método

A pesquisa foi realizada em um município do sul do Brasil, em centros de saúde e unidades de saúde com equipes de PSF em diferentes bairros, entre os meses de setembro a novembro de 2005. Participaram do estudo quinze profissionais de nível superior, legalmente incluídos na equipe mínima do PSF, ou seja, médicos, enfermeiros e odontólogos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, gravadas e transcritas para a análise.

Trata-se de uma pesquisa descritivo-correlacional de base epistemológica qualitativa, pertinente à investigação de fenômenos complexos, como as representações, as vivências, as crenças, os valores e os significados⁹. A pesquisa foi realizada de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e o método, mediante a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa não apresentou riscos para os participantes, foi-lhes garantido o sigilo e também o retorno sobre os resultados da mesma.

Resultados e discussão

Perfil dos profissionais pesquisados

A Tabela 1 mostra a caracterização dos participantes da pesquisa quanto à idade, sexo, área de

formação e especialização. Dos profissionais entrevistados (15), 67% eram do sexo feminino, 46,7% eram médicos, 33,3%, enfermeiras e 20%, odontólogos. Apenas 20% dos participantes entrevistados não possuíam especialização. A maioria dos entrevistados possuía alguma formação na área da saúde pública (46,8%). A idade dos entrevistados variou de 23 a 60 anos, sendo que 40% destes possuíam até 30 anos. O tempo de atuação e participação na atual equipe de Saúde da Família variou bastante: 26,6% estavam na equipe há menos de seis meses, 46,8% atuavam na mesma equipe em um período de um ano a dois anos, enquanto que 26,6% atuavam em um intervalo de três a cinco anos.

Trabalho em equipe no PSF

As reflexões sobre o trabalho em equipe no PSF evidenciaram a falta de clareza, por parte dos profissionais de saúde, em discernir núcleo e campo de competência, e as fronteiras entre seu núcleo e o dos demais, principalmente no que concerne à realização de grupos. O trabalho com grupos nas unidades e centros de saúde é uma tarefa prevista no PSF, ou seja, faz parte do campo de competên-

Tabela 1. Caracterização dos participantes.

Dados dos participantes	n
Profissionais	
Médicos	7
Enfermeiras	5
Odontólogos	3
Pós-graduação	
Especialização em Saúde Pública	7
Especialização em outras áreas	6
Apenas graduação	3
Idade	
Até 30 anos	6
De 31 a 50 anos	5
Acima de 51 anos	4
Sexo	
Homens	5
Mulheres	10
Tempo de atuação profissional	
Até 1 ano	1
De 1 ano a 10 anos	7
De 11 anos a 20 anos	1
De 21 a 30 anos	6
Tempo de atuação na equipe de PSF atual	
Até 6 meses	4
De 7 meses a 2 anos	7
De 3 anos a 5 anos	4

cia, e cada profissional pode contribuir de acordo com o seu núcleo de competência. A fala a seguir retrata a opinião de um dos participantes da pesquisa quanto ao trabalho nos grupos denominados “grupos terapêuticos”: ***Como é que a gente trabalha com grupos terapêuticos e não tem psicólogo? Qual é a formação que eu tenho pra fazer grupo terapêutico?*** (Entrevista 03)

Com esta fala, o entrevistado demonstra a necessidade e a falta do profissional psicólogo, especialmente em atividades para as quais está capacitado. Demonstra também a angústia pela falta de preparo dos profissionais da equipe para tais atividades.

Silva e Trad⁶ mencionam que no PSF é possível perceber a existência de uma tensão entre a fragmentação e a integração do processo de trabalho, havendo, deste modo, o risco dos profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência”.

É preciso ainda observar que os profissionais que trabalham na atenção básica deveriam compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença. Isto implicaria realizar uma união de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias; no entanto, as práticas profissionais estabelecidas pelo modelo flexneriano não destacam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas¹⁰.

As considerações levantadas por Gil¹⁰, principalmente quanto às práticas pontuais, curativas e com a ausência de união de saberes, podem ser observadas no depoimento abaixo: ***Na verdade no nosso dia-a-dia, a gente faz o que pode, como eu te falei, de acordo com os recursos que a gente tem, com a equipe que a gente tem, a gente faz o que pode, tá mais em cada profissional fazendo assim da sua forma. Na verdade, eu penso que a gente não está conseguindo atender esse ser humano como um todo, não. Eu não sei mais o que dizer...*** [risos]. (Entrevista 12)

Um estudo realizado sobre o consenso e diferenças em equipes do PSF mostrou que competências e responsabilidades foram assuntos que promoveram segmentação entre grupos e subgrupos na equipe de saúde, isto porque a equipe não se auto-considera um coletivo organizado para a produção de ações de saúde. Ainda falta a eles um conceito ampliado de trabalho, que leve em conta tanto o anseio e o interesse do agente produtor, quanto as necessidades sociais¹¹. Deve-se procurar, nos programas de saúde coletiva, a organização de novas propostas de ação conjunta voltadas para resolver problemas importantes de cada território, agregando contribuições de diversas áreas técnicas, cooperando para que as equipes de saúde

possam estar capacitadas a tratar as situações e problemas de forma integral¹².

Alcançar a atenção integral implica a ampliação da base conceitual de cada profissional de saúde na construção da compreensão do trabalho em saúde, isto somado ao reconhecimento da limitação da ação de um único profissional para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade. Para tanto, além da ampliação da base conceitual, também é necessária a configuração de equipes para a ação interdisciplinar, visando ao maior vigor de cada ação planejada e executada¹³.

Atividades desempenhadas pelos profissionais da equipe mínima

Os entrevistados relataram realizar diversas atividades que não são específicas de suas profissões. Entre as tarefas que desempenham frequentemente, apesar de ultrapassarem os limites de suas competências, citaram a dispensação de medicamentos – ação relativa ao núcleo de competência do farmacêutico; a coordenação de grupos terapêuticos e aconselhamento, incluindo a tentativa de intervir nos aspectos emocionais associados aos sintomas físicos – atribuição do núcleo de competência do psicólogo.

O fragmento a seguir expõe a abordagem de um dos profissionais relacionada ao núcleo de competência do psicólogo: ***Às vezes, por exemplo, me sinto um pouco psicóloga, por que às vezes a gente tem mesmo que abordar outros aspectos que a gente da medicina não tá preparado, né? O lado emocional, se leva aquela pessoa a ter sintomas, assim, não que eu vá fazer psicoterapia, mas é preciso entender melhor.*** (Entrevista 04)

Os entrevistados ainda referiram realizar orientação alimentar, através de “dicas” sobre alimentação, principalmente para os pacientes hipertensos e/ou diabéticos – atribuição designada ao núcleo de competência do nutricionista. Isto pode ser observado na fala de um dos participantes da pesquisa: ***A gente sente dificuldade de encaminhar, mas de forma geral a gente acaba dando dicas e falando bastante da alimentação saudável, às vezes tem sobrepeso.*** (Entrevista 04)

A realização de atividades referentes ao núcleo de competência do assistente social por parte dos profissionais de saúde do PSF também foi evidenciada dentre os relatos dos entrevistados: ***Uma coisa que a gente faz muito é a parte da assistência social, no posto de saúde. Que a gente não tem na equipe uma assistente social, seria fundamental ter assistente social, né? E a gente acaba abraçando muito isso. Tanto o médico, quanto o enfermeiro, geralmente*** (Entrevista 05)

As enfermeiras entrevistadas relataram que executam funções de auxiliares técnicos administrativos, como marcação de consultas, exames e tarefas relacionadas à recepção da unidade. Os odontólogos foram os profissionais que mais expuseram a realização de tarefas que deveriam ser executadas pelos técnicos, uma vez que dificilmente contam com os serviços do auxiliar de consultório dentário (ACD). Enfatizaram a dificuldade durante suas atividades diárias devido à ausência do profissional responsável pela assepsia e limpeza dos instrumentos e do próprio consultório odontológico.

Quando questionados sobre as situações em que desempenham atividades que estão além dos limites de seu núcleo de competência, os entrevistados mencionaram que costumam realizar tais tarefas mediante a falta de profissionais e citaram casos específicos de atuação, como em situações de violência familiar, desemprego, falta de moradia e pobreza. Também justificaram tal atitude, esclarecendo que se não fizerem o que está além de suas atribuições, ocorrem reclamações dos usuários. Diante da demanda dos usuários, que ultrapassa tanto o núcleo quanto o campo de competência dos profissionais da equipe mínima, observou-se a ambivalência dos participantes da pesquisa em se autorizar a atender tal demanda e se julgar competente ou não para isso.

Com relação às dificuldades dos profissionais da equipe mínima em decorrência da falta dos demais profissionais, foi observado que as respostas dividem-se entre os entrevistados inseridos em centros ou unidades de saúde com equipe ampliada, e entre os inseridos numa unidade de saúde com equipe mínima do PSF. Esta fragmentação ocorre devido às diferentes necessidades de cada equipe, pois em equipes ampliadas há uma maior oferta de algumas especialidades médicas, enquanto que a equipe mínima sofre uma sobrecarga e mostra sentir mais dificuldades inclusive na realização do acolhimento.

Para Gomes³, o saber interdisciplinar dá condições ao profissional de saúde de perceber o homem como um todo, necessitando, assim, de uma visão mais ampla, que ultrapasse a sua especificidade profissional, e que caminhe na direção da compreensão das implicações sociais decorrentes de sua prática. Esta mudança acarreta o fim da hegemonia de alguns saberes sobre outros, principalmente do saber médico, tão valorizado na concepção biológica do processo saúde-doença.

Em seu estudo, Peduzzi¹⁴ observou que o trabalho em equipe requer que os profissionais das diferentes áreas conheçam, respeitem e valorizem o trabalho dos demais, pois, dessa maneira, pode-

rão identificar e compreender os aspectos das necessidades de saúde que melhor podem ser assistidos ou cuidados pelo agente de outra área, encaminhando para outros profissionais, quando necessário. Desta forma, poderão criar um conjunto de ações cujo conteúdo e objetivos sejam do conhecimento de todos os envolvidos. O autor afirma ainda que um dos aspectos centrais na configuração do trabalho em equipe é conhecer o trabalho do outros. Este trabalho em equipe torna-se possível com base na convivência, no relacionamento e na troca de informações.

Dificuldades dos profissionais em diferentes equipes

Profissionais que atuam em centros de saúde e unidades com equipe ampliada

Um centro ou unidade local de saúde com equipe ampliada contém em seu quadro funcional um ou mais profissionais de nível superior, além daqueles que fazem parte da equipe mínima de saúde (médico, dentista e enfermeiro). Os profissionais inseridos em unidades como estas relataram que, quando há na unidade outros profissionais para quem possam encaminhar, mesmo que estes não sejam exclusivos da unidade de saúde, e nem sejam integrantes formais da equipe de PSF, é o suficiente para suprir a necessidade de atendimento à população. Muitos dos entrevistados sugeriram que apenas um destes profissionais poderia atender duas ou mais equipes de PSF, o que sugere um desconhecimento da complexidade do trabalho de outros profissionais. Assim, não seriam necessários em período integral na unidade, como exemplificado na fala deste profissional: ***Poderia ser até assim, ó: um psicólogo pra cada cinco postos de saúde. Então alguém da farmácia, poderia ser que nem o psicólogo, não precisa ser um direto assim. Mas se ele ficar aqui umas duas vezes por semana, e em outros postos.*** (Entrevista 03)

A experiência interdisciplinar possibilita o contato com diferentes referenciais e estruturas, enriquecendo o saber e trazendo novas formas de cooperação e comunicação entre os profissionais e entre estes e o usuário. Nesta prática, o desafio de lidar com as próprias diferenças e com as diferenças dos outros está presente a todo o instante, o que traz, em vez de barreiras, estímulo e riqueza ao trabalho realizado³.

Profissionais que atuam em unidades com equipe mínima

Já os profissionais inseridos em unidades que contêm em seu quadro de funcionários apenas a

equipe mínima do PSF mostraram sentir mais dificuldades, pois a falta de outros profissionais gera sobrecarga e dificulta o trabalho na unidade de saúde. Alguns deles referiram-se ao acolhimento como algo que, também pela falta de profissionais, não é feito na unidade. Profissionais como o nutricionista e o farmacêutico foram citados como de grande importância na atividade de acolhimento: ***Pela falta do profissional, a gente acaba fazendo muito. E não tem preparo pra isso, às vezes, meio que acaba atendendo. Então, quanto o resto, né, no posto a gente faz tudo que precisa na realidade. Não tem funcionário na farmácia, tu vai lá e ajuda a atender na farmácia. Não tem funcionário, tá ocupado fazendo outra coisa, tá precisando de um curativo, tu vai lá e acaba fazendo, né. Até mesmo na marcação de consulta, às vezes o funcionário que faz, não tá, tu dá uma força, tu vai lá e acaba ajudando. A gente assim, como não é uma equipe muito grande, todo se dá bem, acaba sempre trabalhando junto.*** (Entrevista 05)

Sobre a importância de uma equipe interdisciplinar, Meirelles⁴ refere que a realidade de hoje, contendo uma pluralidade de necessidades, especificidades e transformações, requer diferentes abordagens com múltiplas teorias para explicá-la e enfrentar os problemas que se apresentam. A saúde, como um processo dinâmico e complexo, inserido nesta realidade, demanda reflexões interdisciplinares. Neste sentido, constatou-se que, em unidades locais de saúde que contam apenas com os profissionais da equipe mínima, capacitados sobretudo para lidar com os aspectos orgânicos, o usuário geralmente não pode ser atendido em todas as suas necessidades, pois estas ultrapassam a concepção biologicista de saúde, abrangendo todas as áreas da vida da pessoa que procura o atendimento. Cabe ressaltar que a maioria dos entrevistados mostrou ter uma concepção ampliada de saúde, trazendo preocupações e colocações acerca dos contextos cultural, social, emocional e econômico dos usuários, inclusive associando-os ao fator biomédico.

O saber interdisciplinar dá condições ao profissional de saúde de perceber o homem como um todo, necessitando, assim, de uma visão mais ampla, que ultrapasse a sua especificidade profissional, e que caminhe na direção da compreensão das implicações sociais decorrentes de sua prática. Esta mudança acarreta o fim da hegemonia de alguns saberes sobre outros, principalmente do saber médico, tão valorizado na concepção biológica do processo saúde-doença³.

Inclusão de outros profissionais na equipe mínima do PSF

A análise da necessidade da inclusão de outros profissionais na equipe mínima do PSF foi caracterizada pelo ponto de vista dos integrantes da equipe e pelo ponto de vista dos usuários, a partir dos relatos dos participantes da pesquisa.

Quanto aos profissionais entrevistados, alguns relataram a necessidade de assessoria de profissionais de outras categorias, para capacitá-los a lidar com seus pacientes de maneira mais ampla, com os conhecimentos de outras áreas. Desta forma, o profissional não atuaria diretamente com a população, exceto com a função de instruir aquele já inserido na equipe do PSF. Mais uma vez, os relatos apontaram para a não necessidade destes outros profissionais como exclusivos de uma equipe de PSF, mas sim como pertencentes a algumas unidades de saúde.

Alguns profissionais relataram a necessidade de outros profissionais para trabalhos de grupos em que a equipe esteja integrada e as atividades planejadas: ***Então se tivesse esse outro profissional que pudesse estar coordenando esse grupo, tá integrando a equipe e absorvendo uma parte do bolo. A gente poderia imaginar a equipe de saúde da família como um bolo, tem momento que nós precisamos nos unir, mas em alguns desses momentos cada um poderia ficar responsável por uma fatiazinha desse bolo, alguém vai trabalhar mais com a gestante, um outro coordenaria um grupo de hipertensos, mas no dia-a-dia a equipe teria que se unir.*** (Entrevista 11)

Machado afirma ser incompreensível que, na atualidade, as equipes de saúde não incluam outros profissionais das diversas áreas da saúde como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e outros. De acordo com este autor, a saúde é um campo inesgotável de conhecimento e de prática profissional e incorpora também novas áreas do conhecimento, envolvendo por vezes na equipe a presença de profissionais na saúde até então de áreas inimagináveis, tais como engenharia, serviço social, economia, sociologia, arquitetura, pedagogia, entre outras¹⁵.

O profissional que vem de uma formação científica é carente de uma compreensão global do processo saúde-doença. Por esta causa, tende a desconhecer e desvalorizar o conhecimento e a prática de outros profissionais, ficando restrito à sua especificidade. Todos saem perdendo neste processo: tanto o profissional que não divide o que sabe, como o profissional que não percebe a importância de seu colega. Cabe acrescentar que o usuário da unidade de saúde é o principal afetado diante de tal situação³.

Algumas categorias profissionais foram citadas espontaneamente durante as entrevistas, como necessárias à equipe de saúde do profissional entrevistado. O psicólogo apareceu na maioria dos relatos (12 vezes), seguido do assistente social (9), do nutricionista (6), do fisioterapeuta (5), educador físico (4), farmacêutico (4), terapeuta ocupacional (2) fonoaudiólogo (2) e bioquímico (1). Também espontaneamente, foram citados profissionais que não pertencem ao ramo da saúde, como o musicoterapeuta (1) e o educador infantil (1). Os profissionais também trouxeram a necessidade de encaminhamentos mais eficazes na alta complexidade, ou seja, manifestaram a carência de especialistas médicos em outras instituições, para onde se possa encaminhar os casos específicos.

Quanto aos usuários, os profissionais entrevistados responderam que em geral estes não solicitam outros profissionais, com exceção de um profissional (Entrevista 04), que relatou pedir atendimento com psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. O restante disse que os usuários costumam reclamar da falta de dentistas e de especialistas médicos, como cardiologista, neurologista, ginecologista, entre outros, e também da falta e demora na realização de exames. O relato a seguir, feito por um profissional, ilustra a crença de que o usuário ainda está fixado ao modelo médico-centrado, no qual este é o único profissional necessário: *Não, porque pra eles tá bom, chegaram até mim! Eu é que preciso dos outros. Se eles vêm pra mim, pra eles tá jóia, conseguiram, chegaram ali.* (Entrevista 03)

Nos serviços ambulatoriais, a demanda de profissionais não-médicos normalmente é gerada pelo médico. Através das consultas, o paciente é encaminhado aos outros profissionais. O autor ainda menciona a existência da necessidade de atender uma rotina de atendimento das ações educativas, ações preventivas, ações de atenção a demandas específicas de caráter social e/ou psicológico e ações de assistência médica individual, entre outras¹⁴.

Possibilidades de inclusão

Segundo Gomes³, é significativa a diferença entre as expectativas, valores e linguagem dos profissionais de saúde e da população, o que traz grandes dificuldades de comunicação entre eles. O próprio autor propõe a solução para o impasse: a participação comunitária, ou seja, a população deve participar de todas as etapas das atividades de saúde, desde o planejamento, passando pela operacionalização até a avaliação do processo. Além disso, a inclusão de outros profissionais nas equipes

de PSF depende principalmente de ações educativas dos profissionais já inseridos, que assim mostrariam à população a necessidade de outras categorias profissionais para um atendimento integral.

Muitas vezes o usuário sabe que tem uma necessidade, mas não identifica ou desconhece que profissional poderia melhor atendê-lo. Ele procura os profissionais que estão ao seu alcance na unidade de saúde e seu objetivo é ter o seu problema solucionado, de forma imediata, mesmo que temporariamente. Se o médico, a enfermeira ou o dentista tentam sanar uma necessidade que vá muito além de seu núcleo de competência, seja emocional, alimentar, social ou outra, por qualquer razão que tenha para fazer isto, o usuário pode sentir-se satisfeito, sem dispor da informação sobre a existência de outros profissionais capacitados para atendê-lo naquela necessidade e que provavelmente dariam um rumo mais eficaz e adequado a esta demanda. Neste sentido, ficou claro em várias entrevistas que os profissionais da equipe de saúde do PSF, “tapam os buracos” da falta de outros profissionais, evitando assim que a demanda apareça.

Quando perguntados sobre as discussões e ações feitas para a inclusão de outros profissionais na equipe de saúde, a resposta foi quase unânime: não há discussão formal sobre o assunto, nem tampouco ações que viabilizem a contratação de assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros. As razões para esta falta vão desde a descrença no investimento do governo, até a necessidade de mais funcionários, de nível técnico e superior, daquelas profissões já inseridas na equipe mínima do PSF. Enfim, todos os entrevistados reconhecem a importância das outras categorias profissionais e a sua necessidade dentro das unidades de saúde, porém pouco se faz para informar o usuário, a equipe de saúde e a população em geral sobre o assunto.

Em um estudo realizado por Conill¹⁶ no PSF de Florianópolis, foi identificado como resultado mais relevante os problemas no acesso, resultantes da insuficiência de recursos humanos, e as dificuldades na referência, apontando assim como principais ações de mudanças a serem realizadas a contratação de profissionais e mudanças na estrutura física com maior oferta de serviços. O trabalho mostrou também que o PSF em Florianópolis está adequado no que se refere à sua estrutura física, área e equipamentos. É inadequado quanto ao item recursos humanos, medido pela relação número de equipes/famílias, para a qual está subdimensionado, e moderadamente adequado quanto à sua capacitação.

Considerações finais

As atribuições das equipes de Saúde da Família são bastante amplas e têm como principais objetivos proporcionar uma atenção integral às famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias, bem como estimular e desenvolver a participação da população local na solução de seus problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe. Além dessas atribuições, o PSF exige novos conhecimentos de suas equipes e uma perspectiva integrada na análise dos problemas e no encaminhamento das soluções. O trabalho em PSF propõe também a organização de relações horizontais no interior das equipes, com o reconhecimento da competência de cada membro e a busca através do diálogo, a definição de uma ação conjunta e não apenas justaposta de todos os integrantes¹⁷.

Além disso, o contato dos membros da equipe mínima com as demandas colocam as equipes e seus trabalhadores diante da impotência em dar respostas por meio apenas dos procedimentos técnicos rotineiros, fragmentadores e niveladores e perante a complexidade do objeto da saúde, pois estas necessidades ultrapassam o âmbito para o qual os trabalhadores foram tradicionalmente preparados: o corpo biológico como objeto de trabalho e a centralização das ações nos atos médicos^{18,19}.

Pode-se sugerir que, ao executar funções que não lhes cabem especificamente, a equipe mínima está contribuindo para aumentar a opacidade a respeito das limitações que sua atual composição acarreta para a população. Além disso, é importante considerar que este fato fomenta a medicalização histórica da sociedade, que vê na atenção curativa biomédica e especializada a solução para todos os seus males existenciais, incluídos no processo saúde-doença. Isto foi evidenciado na referência dos participantes desta pesquisa à demanda da comunidade por mais médicos especialistas, que já fazem parte de seu cotidiano e detêm a legitimidade do saber sobre a saúde e a doença.

Desta forma, a inclusão de outros profissionais nas equipes de PSF dependeria principalmente de ações educativas por parte daqueles já inseridos. Estes mostrariam à população a necessidade de outras categorias para um atendimento integral. Integralidade supõe compartilhar saberes na prática cotidiana. Mas não se caracteriza pela substituição destes saberes, pois esta substituição implica privar os usuários de uma atenção profissional qualificada para atender a todas as suas necessidades de forma resolutiva. Cabe refletir sobre a avaliação da demanda dos usuários pelos profissionais.

Os gestores, por sua vez, também não serão confrontados com essa necessidade e continuarão a perpetuar o modelo hegemônico vigente. Além disso, o trabalho da equipe de Saúde da Família necessita de uma aproximação das demandas dos usuários, proporcionando assim uma flexibilidade que atenda a essas necessidades e que possa ser completada com a inclusão de outros profissionais para uma assistência integral ao paciente. É inevitável, então, refletir sobre o papel dos gestores e dos supervisores de equipes de Saúde da Família na incorporação de outros profissionais, que possam atender a estas necessidades. Ainda, no âmbito da gestão, embora as políticas públicas tenham um enfoque na integralidade e na interdisciplinaridade como formas de qualificar a assistência em saúde, paradoxalmente, iniciativas para esta ampliação da equipe mínima não são prioritárias.

Embora não tenham sido foco deste estudo, profissionais de outras áreas do conhecimento também contribuiriam como membros das equipes de saúde, como por exemplo o engenheiro sanitário, o administrador, os educadores, dentre outros. É relevante destacar que muitas possibilidades de contribuição de outros profissionais no PSF foram mencionadas pelos entrevistados. Além disso, as dificuldades no processo de trabalho estiveram relacionadas às limitações do seu núcleo de competência, e eles relataram diversas características da demanda que seriam melhores atendidas se houvesse uma equipe efetivamente multiprofissional e interdisciplinar.

Cada especialidade precisa ultrapassar sua área de formação e competência, evidenciando seus próprios limites e buscando a contribuição de outras disciplinas, respeitando o território de cada campo de conhecimento e, ainda, distinguindo os pontos que os unem e os que diferenciam. Essa é a condição necessária para detectar as áreas em que se possam estabelecer as conexões possíveis²⁰.

Por fim, não se pretende esgotar a questão da composição das equipes de PSF, mas sim despertar a discussão sobre as implicações da composição atual das equipes em relação ao processo de trabalho e às demandas apresentadas pela população. A elaboração deste trabalho durante a realização do curso de especialização multiprofissional em saúde da família possibilitou o compartilhar de experiências, contribuindo na construção de nossa trajetória profissional tanto para conhecer melhor as especificidades do fazer de cada um dos profissionais, quanto para debater questões que ultrapassam a dimensão técnica da assistência em saúde e que são estruturais na organização e funcionamento dos serviços de saúde atualmente no Brasil.

Colaboradores

G Loch-Neckel, G Seemann, HB Eidt e MM Rabuske participaram da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia, coleta e análise dos dados e redação do artigo. participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia, coleta e análise dos dados. MA Crepaldi participou do delineamento de objeto de estudo e do desenho da metodologia e foi responsável pela coordenação, orientação e acompanhamento do trabalho de campo e revisão crítica do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
3. Gomes DCR, organizador. *Equipe de saúde: o desafio da integração*. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.
4. Meirelles BHS. *Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV* [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
5. Zannon CMAC. Desafios à psicologia na instituição de saúde. *Psicologia: Ciência Profissão* 1994; 13:16-21.
6. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)* 2004/2005; 9:25-38.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE; Onocko R, organizadores. *Agir em equipes de saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 229-265.
9. Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):239-262.
10. Gil CRR. Formação de Recursos Humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2005; 21:490-498.
11. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saude Publica* 2001; 35:303-311.
12. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* 2003; 8:569-584.
13. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20:1400-1410.
14. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
15. Machado MH. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A, Santos Neto PM, Costa PS, Belisário AS, organizadores. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p. 227-248.
16. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002; 18 (Supl.):191-202.
17. Marsiglia RMG. Instituições de ensino e o Programa de Saúde da Família: o que mudou? *Rev Bras Saude Família* 2003/2004; 7:30-41.

18. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Trabalho de equipe no programa de saúde da família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am enfermagem* 2005; 13:262-268.
19. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)* 2004/2005, 9: 9-24.
20. Siqueira HSG, Pereira MA. A interdisciplinaridade como superação da fragmentação. *Caderno de Pesquisa* [periódico na Internet].1995 Set [acessado 2007 jul 15]; 68: [cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/interdiscip3.htm>

Artigo apresentado em 25/08/2007

Aprovado em 04/12/2007

Versão final apresentada em 18/12/2007